Health Canada Santé Canada

STAKEHOLDER WRITTEN COMMENTS

on the Chair's Text of a

FRAMEWORK CONVENTION ON TOBACCO CONTROL

February 2001

Canada

103-03004/

Our mission is to help the people of Canada
maintain and improve their health

Health Canada

Également disponible en français sous le titre

Observations écrites des parties intéressées sur le projet de convention-cadre pour la lutte antitabac: Texte du président

Contents may not be reproduced for commercial purposes, but any
other reproduction, with acknowledgments, is encouraged.

This publication may be provided in alternate formats upon request.

For further information or to obtain additional copies, please contact:

Heidi Jackson
International Affairs Directorate
Health Canada
Address Locator: 0908A
Brooke Claxton Building
Tunney's Pasture
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

Tel.: (613) 941-7304

This document is available on the web site:
http://www.hc-sc.gc.ca/datapcb/iad/files/stakeh-e.html

© Minister of Public Works and Government Services Canada, 2001

Cat. 4H9-158/2001E
ISBN 0-662-30873-5

Table of Contents

Introduction 1

Overview 3

Feedback from Interested Organizations: A Review 6

- Section C. Objective 6
- Section D. Guiding Principles 6
- Section E. General Obligations 8
- Section F. Price and tax measures to reduce the demand for tobacco 10
- Section G. Non-price measures to reduce the demand for tobacco 12
- Section H. Demand reduction measures concerning tobacco dependence and cessation 17
- Section I. Measures related to the supply of tobacco 18
- Section J. Compensation and liability 21
- Section K. Surveillance, research and exchange of information 21
- Section L. Scientific, technical and legal cooperation 22
- Section M. Conference of the Parties 22
- Section P. Reporting and Implementation 22
- Section Q. Financial resources 23
- Section R. Settlement of disputes 24

Annex A: List of Contributors 25

Introduction

In May 1999, the Member States of the World Health Assembly (WHA) unanimously supported a resolution calling for the development of the *Framework Convention on Tobacco Control* (FCTC). The Convention, which is expected to be completed in 2003, will be a legally binding international agreement on tobacco-control measures aimed at reducing tobacco use worldwide. Issues that the Convention and its protocols may address include advertising and promotion; smuggling; the prevention, cessation and treatment of tobacco dependence; co-operation in surveillance and research; the taxation of tobacco products; and economic and agricultural diversification.

In October 2000, a Government of Canada delegation participated in the first round of Convention negotiations. After those discussions, the Chair of the FCTC Intergovernmental Negotiating Body drafted a proposed text for the Convention, which formed the basis for a second round of negotiations from April 29 to May 5, 2001. This Chair's Text (WHO document A/FCTC/INB2/2) can be found on the WHO website at http://www.who.int/wha-1998/Tobacco/INB2/PDFinb2/e2inb2.pdf. A third round of negotiations will be held from November 22 to 28, 2001.

Recognizing that many organizations have a potential interest in tobacco-control issues, the Government of Canada invited the submission of views and perspectives on how the FCTC might best advance international co-operation and support countries in developing their national tobacco-control plans. Specifically, organizations were asked to identify the issues which, in their view, would best be addressed through a convention of this nature, and to comment on all aspects of the proposed Chair's negotiating text, but most particularly on the proposed subject areas for obligations (sections E to L).

A total of 21 organizations[1] – mainly health groups – answered the government's call. Those responding included health professional associations; groups working in the areas of health/youth advocacy, public education and research; and organizations representing labour and industry – including

[1]The Arthritis Society; Canadian Cancer Society; Canadian Nurses Association; Canadian Medical Association; European Cigar Manufacturers' Association; Frontier Duty Free Association; Havana House Cigar & Tobacco Merchants Ltd.; Heart and Stroke Foundation of Canada; Imperial Tobacco Canada Limited; JTI-Macdonald Corporation; National Cancer Institute of Canada; Non-Smokers' Rights Association;, Ontario Flue-Cured Tobacco Growers' Marketing Board; Physicians for a Smoke-Free Canada; Prince Eddy of Prince Edward Island; Inc. Sleep/Wake Disorders Canada; Van Nelle Limited; Voices of Youth; Communications, Energy and Paperworkers Union; Research for International Tobacco Control, International Development Research Centre; and Canadian Council for Tobacco Control.

growers, manufacturers, importers/exporters, distributors and retailers (associations as well as individual organizations). Nineteen respondents submitted comments.

This document is a summary of the main points raised in the submissions, which were wide-ranging and, in some cases, very detailed.

The Government of Canada thanks all those who took the time to submit their comments, and looks forward to continued consultations with stakeholders as the process unfolds.

Additional information on tobacco control and on the FCTC can be found on the following web sites:

Health Canada's Tobacco Control Program
http://www.tobacco-control.com
The World Health Organization
http://tobacco.who.int
The World Bank
http://www.worldbank.org
Clearinghouse
http://www.cctc.ca/ncth

Overview

Sectors with a key interest in tobacco control – health, labour, agriculture, manufacturing, import/export, retail, as well as organizations involved in research, education and advocacy – took the opportunity to have their concerns considered in Canada's preparation for the upcoming FCTC negotiations.

In broad terms, health/social sector respondents emphasized the harmful health effects of tobacco, the importance of focusing on health promotion and prevention, and the need for international coordination, stringent regulation and enforcement. Industry respondents raised such issues as international trading arrangements, commercial free speech, competition in the market place, voluntary compliance codes, and consumers' right to choose. There were areas of apparent accord – e.g., on the need for public education, measures to prevent illegal trade, the importance of providing protection from second-hand smoke, and the prevention of cigarette sales to minors – but differences were evident on how to implement these measures.

A common theme in the health-sector submissions was the need for strong, clear, unequivocal language in the framework. Professional associations, NGOs and advocacy groups alike worried that hard-won victories might be watered down, or innovation stifled, because of weak or ambiguous terms (such as "harmonization") throughout the text. They stressed the need to include "minimum standards" provisions, and to work towards outright (rather than partial or limited) bans in such areas as duty-free sales, and cross-border/domestic advertising. At the same time, they conceded that some flexibility is necessary, given the wide variations in the circumstances and priorities of different countries. They urged that health issues should take precedence over trade/economic issues in international agreements, and they warned against allowing the FCTC process to be sidetracked by issues, such as trademark protection or "counterfeit" cigarettes.

The importance of addressing smuggling at every feasible level was emphasized by health-sector respondents, who supported strong taxation/pricing policies and chain-of-custody provisions to make manufacturers liable when their products appear on the black market. Some health-sector respondents also called for a more generous technical assistance regime, and for tighter compliance and accountability provisions.

Research and health groups supported the development and use of a broad set of common indicators, and for social/economic and policy impact studies to aid in determining best practices. However, there was concern that such obligations might prove onerous for some developing countries, and discourage them from supporting the Convention.

To create a stable funding regime for comprehensive tobacco-control strategies (with investments in evidence-based projects and programs), health-sector respondents recommended the use of tobacco tax revenues, including special levies on tobacco products.

Tobacco industry representatives indicated their willingness to adopt reasonable and practical measures, but remained concerned about supranational regulation and of the prospect of a ban on tobacco use in any form through burdensome regulation. They view harmonization as a raising (rather than a lowering) of the bar, and frequently pointed to the impractical and unrealistic nature of certain provisions – e.g., in the areas of packaging and labelling, and advertising, where they felt that developing countries could not be expected to adopt the same measures as Canada has without a very long lead time.

Cigar industry representatives distinguished their products from cigarettes and thereby wanted to have them excluded from some of the FCTC's more onerous provisions – e.g., potentially costly product-testing regimes, warning size requirements, and certain labelling provisions. They argued that cigar smokers make up only a tiny proportion of smokers worldwide, and that many of the problems associated with cigarette smoking do not apply to their products, their industry or their consumer market.

Parallel "special cases" were advanced by two private-sector associations – duty-free operators and tobacco growers. The duty-free group pointed to its long record of good business practice and its contribution to employment, tourism and the economy, warning that a ban on duty-free tobacco sales at borders and airports would imperil these benefits and send consumers to alternate (often unregulated, untaxed) sources of supply. The tobacco growers described themselves as environmentally friendly land stewards who take pride in their crops, farms and communities, and whose industry – despite its substantial economic and social contribution – has faced intrusive (but largely ineffective) public policy measures aimed at discouraging consumption of a legal product. They stressed the need for government assistance, not just in establishing alternate crops but in marketing them.

In general, industry representatives favour responsible, practical measures that are based on common sense. In their view, global regulation is not necessarily beneficial. Issues are often better regulated at national or local levels of government, and harmonization efforts will not work due to fiscal and economic differences between developing and highly industrialized countries. Further, they are concerned that some provisions of the Convention appear to be in conflict with existing international trading and commercial arrangements, as articulated in WTO agreements and other instruments.

Feedback from Interested Organizations: A Review

The reader should be aware that not every section of the draft text attracted comment. Thus, although the responses are addressed in sequence, some FCTC section headings do not appear in the following review. Where a heading is absent, it means that no comments (or only very minor ones) were received on that section.

Section C. Objective

The importance of stating the FCTC's objective was a primary concern for respondents. Two health organizations pointed out that reducing *prevalence* is not the same as reducing *consumption*. Since both are important goals from a health perspective and interests of simplicity, the amended phrase "reduce [...] tobacco use" was suggested.

Looking at the section more broadly, one group felt that statements about reducing the prevalence of tobacco use and undertaking tobacco-control measures merely identify the *means* to an ultimate end. The proper objective for the FCTC, it was suggested, should be to "protect present and future generations from the devastating health, social, environmental and economic consequences of tobacco consumption and exposure to tobacco smoke." The *means* to this end would include, *inter alia*, addressing transboundary issues and national-level control measures.

A cigar industry representative sought to establish whether the ultimate objective might indeed be to put an end to tobacco use in any form. If so, this should be openly confirmed, and the consequences of prohibition openly debated – a ban through burdensome regulation would deny adults the right to make their own lifestyle decisions.

Section D. Guiding Principles

In general, the health respondents who commented supported the inclusion of this section. One organization, while it questioned the legal status and effect of the Guiding Principles, nevertheless joined other groups in seeking improvements to the section. These included a clearer, stronger, more positive statement of principles overall, the extension of specific principles – e.g., the "minimum standards provision" in D.8 should apply not only to the Convention but also to its Protocols[2] – and the addition

[2] The problem of inadvertently omitting reference to protocols occurs elsewhere in the text, e.g., throughout Section E. One suggestion for ensuring that protocols are covered would be to define "Convention" in the definition section such that protocols are included.

of three new principles, one on access to information about smoking cessation, a second embodying the precautionary principle, and a third emphasizing the importance to a national strategy of activities to prevent youth and other high-risk groups from starting to use tobacco.

A health professional association felt that the four goals of any comprehensive national strategy[3] should be spelled out, either as part of D.1 or in a stand-alone principle. Three other challenged the inclusion of the principle concerning financial aid for displaced tobacco growers and workers. In their view, for WHO to tackle a hypothetical problem which lies outside its mandate risks stalling the FCTC process and perpetuating the myth that successful control measures will produce a worldwide fall-off in tobacco sales/consumption (as opposed to a mere flattening out).

The relationship between tobacco control and international trade generated considerable comment. For their part, health organizations tended to view principle D.5 as being weak and unclear, and they worried that domestic tobacco-control measures might be overturned by, for example, NAFTA or WTO trade tribunal rulings. With this in mind, several alternative approaches/wordings were offered to ensure that global public health protection would take precedence over trade agreements.

While health groups argued that tobacco products should not be treated as "normal goods" in international commerce, respondents from the commercial sector saw the incompatibility between certain FCTC provisions and the international trade regime as grounds for contesting these provisions. They noted, *inter alia*, that duty-free sales are recognized in world commerce,[4] and that their elimination would directly contradict recent decisions to establish international trade conventions recognizing or standardizing the rules.

---

[3] *Prevention* (to help non-smokers stay smoke-free); *protection* (to protect the health and rights of non-smokers); *cessation*: (to encourage and help those who want to quit smoking); *repositioning* of tobacco products and the tobacco industry consistent with the devastating effects of tobacco use on health and society.

[4] Incorporated into trade norms established by the World Customs Organization in the Kyoto Convention.

Industry representatives were also concerned about the potential for discrimination between WTO and non-WTO members,[5] and the impact on market access of measures inconsistent with WTO Agreements.[6]

A cigar importer/distributor regretted that the Chair's text made no distinction between cigars and cigarettes, thereby implying that the two products carry the same health risks and social detriments. According to this respondent, cigars are a "natural" product with no additives or chemicals used in manufacturing, and most cigar-smokers do not inhale, smoke only occasionally (both documented reasons for difference in disease risks),[7] and exhibit different smoking patterns from cigarette smokers (suggesting a difference in the respective addictive properties). This respondent further stated that life insurance companies consider cigar smokers to be a lower risk than cigarette smokers, and that cigar smokers are older and better educated than cigarette smokers. The company also drew attention to the low prevalence of cigar smokers relative to cigarette smokers in Canada,[8] worldwide and in developing countries where it indicated that cigar-smoking is almost nonexistent. In this importer's view, false assumptions about cigars could potentially lead to the imposition of disproportionate and discriminatory measures on the cigar industry. The company suggested that the FCTC should recognize the difference between cigars and cigarettes and apply different rules to these products.

Another group recommended linking principles D.2 and D.6, in effect extending the scope of the tobacco industry's responsibilities to include the provision of full information about its products' harmful characteristics.

Section E. General Obligations

---

[5] I.e., if farmers were forced to seek state subsidies (prohibited for WTO members under the WTO Agreement on Agriculture).

[6] For example, provisions on tax harmonization might prejudice imported tobacco products, and prohibitions on advertising, marketing, promotion and sponsorship might give established domestic suppliers a competitive advantage over new foreign suppliers (both contrary to GATT Article III).

[7] National Cancer Institute (U.S.).

[8] Less than 1% of Canadians smoke cigars. Approximately 25% smoke cigarettes.

On the basis that both general and specific obligations appear elsewhere in the text, one organization suggested renaming Section E "Basic Obligations" or "Initial Obligations."

A (re)statement of the specific goals of a national strategy to reduce the use of tobacco products – prevention, protection, cessation and denormalization– was recommended by a health professional organization, which also urged that stronger, clearer, less ambiguous language be used throughout this and all subsequent sections. Open to interpretation, in its view, are such expressions as "where appropriate," "within the means at its disposal," "as relevant," "to the extent possible," and "harmonization."

The word "harmonize" drew comment and rewording suggestions from two other sources. A health NGO, in recommending that it be removed from the entire text,[9] submitted two arguments: not only may harmonization discourage innovation, implementation of new measures, and the "leap frog" approach that has characterized the history of tobacco control,[10] but "harmonizing" the laws and policies of two countries could entail *either* improving the less restrictive provision *or* weakening the stronger one. The downward harmonization of a country's tobacco control measures would contradict the Convention's "minimum standards" guiding principle.

A parallel dilemma arises where countries undertake not to export products that do not conform to their own domestic standards.[11] As one health organization asked: If cigarettes were made in Thailand, packaged with Thai health warnings, would the weaker Thai warnings take priority over the stronger Canadian picture-based warnings? To resolve this, rewording was suggested that would require compliance with *both* countries' standards, provided that in the case of conflict the importing country's standards would prevail, and a new provision was proposed, whereby countries would agree not to challenge one another's tobacco-control provisions. Besides the issue of conflicts, a concern raised over paragraph E.3 was that it might make exporting countries reluctant to adopt any products standards at all.

---

[9] Including paragraphs F.1, F.2, G.1, G.1(b), M.4(c).

[10] As an example of rewording, paragraph E.2(b) should read "adopt legislative, executive and administrative measures and cooperate with other Parties in enhancing appropriate policies."

[11] As in paragraph E.3 of the Chair's text.

"Specific Obligations"

One NGO suggested that, as an international treaty, the FCTC and its protocols should focus on transboundary tobacco control issues, while also providing strong endorsement and support for national-level control measures. They suggested that Canada should advocate for effective transboundary measures that can be met via "specific obligations" within the Framework Convention and/or its related protocols.

Section F. Price and tax measures to reduce the demand for tobacco

Responses on this issue came from health-sector and industry sources. Health respondents saw the obligations under the section as being weak and in need of strengthening, es ecially because price/tax strategies are known to reduce youth smoking. In their view, strong, unequivocal obligations are essential to prevent all high-risk groups from starting to use tobacco products. A simple, strong statement was recommended, to the effect that all such products, wherever produced, should be taxed to the point where price is a barrier, especially for youth. The aim of taxation should be to reduce consumption, and countries should not be deterred from imposing large one-time tax increases, which are often more effective than a series of small, easily absorbed and less noticeable increases.

A cigar-manufacturing association outlined the need for different tax/excise treatment for cigars than other tobacco products. It explained that in the European Union, different minimum excise rates are applied, in recognition of the differences between the cigar and the cigarette/hand-rolled tobacco sectors[12] and other relevant factors – e.g., the absence of major internal market problems related to cigars (cross-border shopping, large-scale fraud), the absence of concerns expressed by the relevant trade bodies, and the very small demand/price cross elasticity between cigars and other tobacco products.[13]

In this section, the word "harmonization" was of concern for health organizations, who called for its deletion from the text. According to one, the wording in the first paragraph, F.1, implies that high tax

[12] Small-scale artisanal production, often in rural areas, with low-skill, high-labour content, covers a wide range of products, caters to a variety of tastes and price ranges, but has recorded a significant decline in consumption levels in recent years (although this was admitted to have levelled off).

[13] European Commission 1995 report concerning the excise duties on tobacco products (COM (95) 285 Final).

jurisdictions should reduce their tax rates, or at least not increase them further. The organization also refuted, with examples, the proposition that harmonizing prices necessarily discourages illicit traffic in tobacco products.[14]

A health advocacy organization pointed out that profitability in organized cigarette smuggling does not stem from differences in taxes or retail price levels between neighbouring countries, since virtually all large-scale, organized cigarette smuggling involves *untaxed* merchandise.[15] The cigar industry representatives did not contest the notion that the elimination of price/tax differences would reduce smuggling. The industry indicated their support and cooperation in efforts to prevent smuggling, the idea of harmonizing tax policies as being totally unrealistic, impractical, and unachievable due to wide differences in national circumstances and priorities. Such a measure would merely provide new opportunities for illegal traders and open up access for smokers to unregulated, untaxed products.

A business association advocated for the duty-free sales sector, describing it as a legitimate and well-respected yet highly constrained and regulated source of tobacco in limited quantities that accounts for only a minor portion of worldwide sales. There is little demonstrable evidence, according to this association, that price alone significantly affects final demand – price increases merely drive consumers to seek out other sources of supply such as lower-priced alternative outlets, which in Canada include discounters, First Nations outlets, high-volume retailers, and a myriad of black and grey market sources. For the travelling public, these unregulated alternatives create a temptation to smuggle.

According to this association, duty-free stores should not be singled out for a ban. It maintained that airport outlets are part of the economic bedrock of international airport authorities, financing a large share of the public's facilities, and that the Canadian Land Border Duty Free Program generates jobs, tax and tourism revenues, nearly $62M a year in direct export sales, and the value of goods and services purchased in the community. In this respondent's view, ending duty-free tobacco sales would not curtail smuggling or sales to minors, but it would endanger any economic benefits attributable to

---

[14] In Europe, smuggling has often been worse in southern Europe, where tobacco tax rates were lower than in northern Europe. In North America, a carton of cigarettes is almost double the price in New York state as compared with Ontario, and yet there is not any material level of smuggling from Ontario to New York.

[15] For example, a significant portion of the cigarettes smuggled into Spain in the 1980s and 1990s came from Belgium, where cigarette taxes/prices are much higher than in Spain (the product was theoretically en route from the United States to North Africa, and therefore untaxed).

cigarettes sales. Further, it would jeopardize significant long-term investments made by store operators in good faith to comply with government objectives and requirements.

Health organizations felt that countries were unlikely to end duty-free sales without a concrete obligation to do so. They called for an outright ban on the tax-free trade in tobacco products – including duty-free sales at borders and airports, and wholesale trade in untaxed cigarettes – as well as a prohibition on mail order/Internet sales, and international delivery/sending of tobacco products (except inside the trade). They also proposed making manufacturing/export taxes on tobacco products collectible in the country of origin, prior to factory departure.

Another group suggested the use of taxation to influence not just consumer demand but also corporate behaviour, and recommended that the title and text of section F be framed broadly enough not to close the door on this possibility.

Section G. Non-price measures to reduce the demand for tobacco

One health NGO felt that the title of this section should be reviewed, since not all its provisions address the issue of reducing demand.

Once again, problems were raised here with respect to "harmonization," and the removal of this word was recommended. It was noted that "harmonizing" its tobacco product regulations with those of other countries would force Canada to throw out most of the *Tobacco Act* and its associated regulations. Experimentation with different approaches should not be discouraged – for example, in the realm of product content regulation, where consensus was lacking on regulatory means and objectives. On the other hand, where there is clear public consensus on the need for maximum protection (e.g., second-hand smoke, advertising), "maximum protection" – not harmonization – should be stated as the objective.

Passive smoking

Health groups generally supported this section, but called for some fine-tuning. According to one group, there is no scientific evidence that pregnant women are more at risk from second-hand smoke than anyone else. Moreover, it is in the home – the most difficult place to regulate – that young children receive the most exposure. Broader wording was suggested.

One (cigar) industry representative commented on this issue, accepting that environmental tobacco smoke can be annoying and irritating to some people in some situations, and supporting a sensible provision for smokers and non-smokers in public places.

Regulation of contents of tobacco products

While health groups agreed that this issue was important in principle, two considered the provisions to be premature. According to one, Canada should not agree to harmonize (potentially downwards) its product standard regulations by deference to a delegated body. Another, noting that worldwide standards on content are unlikely to be developed in the near future, suggested that the objective of this provision should be reformulated. A more realistic aim might be for the WHO to convene an international forum where approaches to setting national standards could be discussed and pertinent information exchanged.

One industry representative – a cigar manufacturer – believed that regulations requiring lower tar-yield ceilings were unjustified, and that substantial testing of other smoke components would produce no benefit. Instead, the effect would be to reduce competition and consumer choice, and to stimulate trade in unregulated products of inferior quality. Some testing regimes would be so extensive and demanding that only about three laboratories worldwide would be capable of undertaking the necessary analysis – and then only at high cost, forcing closure or brand withdrawal upon many smaller companies/minor brands. This respondent felt that sensible regulation, combined with well thought out voluntary agreements would be more practical than supranational regulation. A cigar importer/distributor asserted that unlike cigarettes, cigars come in many different sizes, shapes, densities and porosities, and that there are no scientifically recognized methods for testing cigar emissions.

Regulation of tobacco-product disclosures

The two health organizations who commented on this provision both favoured making it more stringent. A cigar industry respondent indicated that it had cooperated with the United Kingdom Department of Health in developing a voluntary agreement on additives to be used in the manufacture of tobacco products (i.e., to only use additives from a list permitted by the Department of Health and their scientists ... and then only at the approved levels), and said that it publishes information on additives on its web site. This company stated that it would have no difficulty with a policy of disclosing additives to authorities, provided the commercially confidential nature of the information was recognized and protected.

Packaging and labelling

Canada was clearly seen as a pacesetter in this area. However, respondents differed on what this meant for the FCTC text. For example, a cigar importer took the view that developing countries could not realistically be expected to adopt the same measures as Canada without a very long lead time. For example, while strongly supporting a ban on the deceptive use of terms such as "light" and "mild", they pointed to loopholes in the language that might at once open the door to deceptive market segmentation and close it to the possibility of desirable competition. New wording was proposed that would clearly give national authorities the final say on whether particular health claims were justified. Health groups – while favouring the overall direction of the provisions – suggested a number of refinements to the text.

Concerning health messages, the health-sector supported the idea in principle, but felt the provisions could be improved in various – although not always identical – ways. For example, one respondent called for the adoption of strong warnings similar to the graphic pictorial warnings appearing on Canadian cigarette packages, but several others supported a more flexible provision requiring *some* picture-based aspect for *some* warnings (with warnings to occupy at least 50% of exterior package). Another health organization recommended not only that message content be left for countries to determine domestically, but that such content need not be restricted to health matters. It was felt that, in some countries, financial incentives ("Quit smoking, save money"), religious/historical references, or even a description of the provisions of a new law might work more effectively than health warnings, or at least complement them.

A cigar manufacturers' association deemed unworkable any proposals that did not recognize the differences between different tobacco products. According to this group, cigar packaging comes in a broad range of sizes[16] – thus, any requirement expressed in percentage terms could lead to warnings 20 times the size of those on standardized cigarette packs. Further, if stickers were prohibited, both developing and industrialized countries would be seriously set back in their export trade, since internationally standardized packets – in wide use due to variations in cigar types, specifications and methods of packaging, and small production runs – could not possibly accommodate printed health warnings. Accordingly, this group suggested warnings be placed on stickers, and for an absolute

[16] From 150 cm^2 to over 3,500 cm^2.

maximum warning size to be expressed in square centimetres.[17] In conclusion, the association questioned the need for warnings to be directed to cigar smokers, whom are mostly males of mature age, with low and mostly occasional consumption, who are fully aware of the risks associated with smoking.

Two of the health-sector respondents did not support the idea of requiring a statement on packages that sales to minors were prohibited. One noted that the space on packaging is already at a premium, and further, that the measure would risk making tobacco products even more attractive to youngsters. Also rejected was the idea of requiring information about toxic contents in products and smoke yields, given that the products themselves contain no tar/carbon monoxide, and machine-measured smoke yields do not give reliable information on the relative harm of different products.

One health group favoured encouraging countries to examine the issue of generic packaging. Their view was that this would draw attention to an important tobacco control measure without necessarily obligating Parties to adopt it.

Education, training and public awareness

There were relatively few comments on this section, with two health organizations providing input. One – a health association – recommended that health promotion programs should start in the earliest primary grades and be continuously available in schools, addressing the reasons why people use tobacco, motivating them to quit, and generally helping to counterbalance tobacco industry marketing. Each country should be encouraged to identify its own high-risk populations (e.g., children and Aboriginal peoples in Canada) and develop programs to address the concerns of these particular groups. Another health NGO suggested the addition of a new provision encouraging Parties to consider recovering the costs of programming from the tobacco industry (an idea further discussed under Section Q, *Financial Resources*).

---

[17] To support its position, this association notes that on 28 June, 2000, the European Commission presented an amended proposal for a Directive regarding the manufacture, presentation and sale of tobacco products (COM(2000) 428 final), which takes into account the special features of the cigar industry. In the case of tobacco products other than cigarettes, warning texts could be affixed by means of stickers, provided they were not removable. Further, the absolute size of the warnings is maximized for unit packets intended for tobacco products other than cigarettes. (Note: Canada's *Tobacco Act* regulations also make separate arrangements for cigars, which recognize their size, shape, etc.).

Involving young people in the design and delivery of educational materials would help maximize efforts to reach them, according to another organization. This group noted that knowing the risks and hazards of smoking does not always deter young people from engaging in risky behaviour. In its view, educational efforts should be augmented by more direct interventions via youth culture (music, films etc.). In particular, youth require alternative ways of meeting the needs they fill by using tobacco.

One industry representative, a cigar manufacturer/importer, commented on education issues. This organization indicated that it neither encouraged nor wanted children to smoke, nor did it challenge (or intend to challenge in future) the public health message that smoking is a cause of certain diseases. It also affirmed its support for reasonable, practical regulation aimed at a consistent public health message.

Advertising, promotion and sponsorship

This section attracted considerable negative comment from the health sector. One organization characterized it as the weakest part of the FCTC draft text, while another termed it completely inadequate and its provisions unacceptably weak, stating that it failed to reflect the support at First Intergovernmental Negotiating Body Session by numerous countries for a total ban on advertising and promotion.

Health organizations were upset that the FCTC had opted for a "youth first" strategy. An NGO described this approach as naive, philosophically objectionable and practically impossible to implement, and cited a World Bank report to support the view that limited or partial bans on advertising do not work. In the opinion of this NGO and other health- sector respondents, even constitutional obstacles would not justify backing away from a complete ban.

All health organizations who responded called for an outright ban on advertising. To accomplish this, two possible approaches were suggested: either push for a complete advertising ban "to the full extent allowable under each Party's constitution" (although it might be difficult to gain agreement on this), or include a general obligation to ban all forms of direct and indirect advertising which might a) recruit new users of tobacco products, or delay/prevent users from quitting, b) be misleading, or c) be otherwise harmful to public health.

It was strongly felt that Parties should specifically commit themselves to a complete ban on cross-border advertising. To this end, one NGO suggested that the wording of 2(f) could be strengthened (e.g., "adopting national measures *to prohibit the export of advertising and of promotional and sponsorship materials for tobacco products and brands*, and cooperating with other Parties to phase out cross-border advertising…"). A specific ban of this type – over and above the commitment to "phase out" Internet advertising and the like – would help ensure that implementation is not delayed by discussions about reciprocity. Moreover, "cross-border advertising" should be specifically defined elsewhere in the text, otherwise it might be argued that the provision does not cover spillover advertising – e.g., international cigarette brand advertising appearing in United States media that "spills over" into Canada.

Given that an outright ban might take time to implement, health organizations proposed the implementation of the measures in paragraphs 2.(b) to (e) – e.g., public disclosure of industry expenditures on advertising and promotion; prohibitions on false, misleading or deceptive advertising; and the prohibition of free distribution of tobacco products and incentive promotions – on an interim basis. A cigar industry representative felt that Canada's head start in the area of advertising measures would make it difficult for developing countries to catch up quickly, but did not propose measures for any transition period.

With respect to paragraph G.4, a health organization noted that protocols might not be needed if the relevant provisions were included in the Convention. Nevertheless, it was felt that the Convention should contain a general enabling section authorizing the Parties to adopt protocols.

Section H. Demand reduction measures concerning tobacco dependence and cessation

Health professional associations supported the intent of this section. However, one felt that the section contained too much detail, and recommended that it be broadened and subsumed under *General Obligations*. This association, while acknowledging that activities aimed at smoking cessation are an important part of an overall national strategy, emphasized that prevention is still the most important goal. In a similar vein, another group suggested modifying H.1 such that the goal of promoting cessation clearly took precedence over that of treating dependence (a term that one health NGO recommended replacing with "addiction").

The inclusion of a declaration of intent to cooperate internationally on the affordability of pharmaceutical aids was also recommended. This was acknowledged to be a complex issue, which would need to be framed in broad terms – e.g., "The Conference of Parties shall examine mechanisms to promote the affordability and accessibility of dependence treatment in developing countries."

Section I. Measures related to the supply of tobacco

Illicit trade in tobacco products

Health groups were united on the importance of eradicating smuggling. In their view, eliminating the tax/duty-free regime for tobacco products (or, at least, cigarettes) was vital to the control of this problem, given that untaxed cigarettes were the main source of supply for the black market. But simply prohibiting the tax-free *sale* of tobacco products was not enough – unless all tobacco products/cigarettes, regardless of destination, were taxed at the point of manufacture, a manufacturer in a signatory country could export cigarettes to a subsidiary in a non-signatory country tax-free and the products could then resurface on the black market, (whether in the country of origin or another signatory country). Also recommended was a provision calling on Parties to join forces with customs organizations – nationally and internationally – in the fight against illicit trade.

Health-sector respondents viewed the "chain of custody" principle as essential to smuggling control. Cigarette manufacturers (and other distribution links) should be legally responsible for ensuring that their products do not enter illegal channels, and should cease dealings with any party directly or indirectly supplying the black market.[18] The text should clearly prohibit the use of one country by another as a platform for smuggling.

As well, health respondents called for all legal labelling requirements in the country of destination to be met before tobacco products leave the factory, and for all internationally traded tobacco product packages to bear standardized, coded information – e.g., tax-paid markings.

While generally supporting the measures proposed for the elimination of illicit trade in tobacco products, one industry (cigar) representative pointed out that some modifications to the labelling

[18] I.e., along the lines of the Basel Protocol on Liability and Compensation for Damage Resulting from Transboundary Movements of Hazardous Wastes.

requirements would be necessary in the case of cigars. For example, cigars often improve with age – making expiry dates not appropriate, and handmade cigars do not have product batch numbers.

An NGO described counterfeiting (brand piracy) as a marginal phenomenon that should not divert attention from the smuggling of genuine product – a major problem. Reflecting the health-sector view that health should be the focus of the FCTC, it asserted that trademark protection issues should be left to other international instruments and negotiations.

Echoing their earlier recommendations that public health should take precedence over trade in international agreements, two health organizations questioned the need to include paragraph I.2.[19]

Elimination of sales to and by young persons

While agreeing that any comprehensive strategy should emphasize prevention of tobacco use by youth and other high-risk populations, health-sector respondents differed on the specific approaches that should be used, given the impracticality of implementation in some countries.

One organization indicated that countries should be required to enact and strictly enforce regulations prohibiting the sale of tobacco to minors, with substantial fines for violators. Another criticized the subsection as a whole (paragraphs 8 to11) as being extremely weak, and as containing nothing but an emphasis on "age 18 " restrictions which do not work. While indicating that activities to prevent youth smoking were the important elements of a comprehensive national strategy, this organization concluded that in an international treaty, it would not be feasible to include anything more than a general obligation on countries to implement youth-directed preventive programs and strategies. Given the diversity of youth culture worldwide, attempting to specify content would be unrealistic and might only feed into misunderstandings about what actually works, especially in countries that lacked comprehensive tobacco-control policies and might be looking for a blueprint.

Another group questioned the value of spending scarce tobacco-control dollars on enforcing a prohibition on sales to minors. Extremely high compliance would be needed to have any impact on youth smoking. Moreover, public attention would be diverted to the actions of individual retailers

[19] Which provides that measures against the illicit trade of tobacco products shall be transparent, non-discriminatory and implemented in accordance with international obligations.

rather than to the overall social environment. Two organizations felt that the requirement to provide proof of age would be impractical in many countries, as would prohibiting the sale of cigarettes by teenagers in countries with large informal sectors. One of them proposed broadening the text to include not just minors, but consumers (particularly in new markets) who lack access to appropriate health information.

One group took a different approach. It felt that since deterrence measures worked most effectively when there was a strong likelihood of being caught, the FCTC should make it clear that enforcement measures would be strong and well resourced. Both retailers and young people needed to hear public, consistently stated messages about prohibition on retail sales to youth, and to know the threat of enforcement was real. This would discourage retailers from selling tobacco to minors, and, by making it harder for young people to obtain tobacco from legitimate retail sources, deter them from using tobacco. This group conceded, however, that strict enforcement could boost illegal trading.

Licensing

Two respondents – both from the health sector – commented on these provisions. While they favoured a licensing system that encompassed all levels of tobacco manufacturing and distribution, one of them acknowledged that this might not prove to be a cost-effective measure at the retail level, and suggested enshrining the principle that "everything not expressly allowed is prohibited."

Government support for tobacco manufacturing and agriculture

Two organizations – representing tobacco industry workers and growers respectively – commented on this provision and both expressed unease. The union acknowledged both the health damages caused by tobacco products and that such products are still legal substances whose commerce is allowed by governments. It called for those same governments to spend tobacco revenues helping industry workers transfer to other full- time, well-paid union jobs. The Union wanted to ensure that the FCTC addressed the welfare of the workers. According to this union, 25,000 workers (in agriculture, manufacturing, printing and transportation) would be affected in Canada.

The tobacco growers' organization indicated that the production of alternative crops was only half of the equation. The real challenge would lie in marketing alternative crops effectively, given that the marketplace for agricultural goods was either flooded or being supplied by lower-cost imported product (see discussion under D. *Guiding Principles*).

Sections J to R

A health organization felt that many of the obligations contained in sections J to R were ambiguously stated, and open to wide interpretation. It was important to clearly identify those obligations which should be specific in an international treaty and to ensure that they were expressed in unequivocal language.

Section J. Compensation and liability

A health group – commented on the issue of compensation and liability.[20] Referring to unethical practices by tobacco manufacturers, such as the denial of the harmful properties of their product and involvement in cross-border smuggling. This group recommended that strong provisions be included to ensure that the industry is held accountable for its actions. Specifically, it called for an investigation into industry practices, and that tobacco manufacturers be made legally accountable for health care costs attributable to use of their product.

Section K. Surveillance, research and exchange of information

A tobacco-control research group supported the inclusion of this section, while also stressing the need for standardized surveillance methods for tobacco consumption and related morbidity/mortality. This was echoed by a call from an NGO for tobacco-control stakeholders to jointly create standard indicators for tobacco control that would encompass global reporting on tobacco trade/industrial statistics.

The compilation of data on both economic impacts and tobacco-control policies was considered desirable, on the grounds that a strong evaluation component could assist in determining best practice. It was felt that surveillance should focus not just on health indicators, but ones that capture the socioeconomic consequences of tobacco and the impact of interventions (e.g., cessation programs, taxation policies). With a common set of outcome-oriented indicators, countries could regularly assess their own progress in implementing the Convention.

Health-sector organizations commenting on Section P: *Reporting and implementation* indicated that obliging Parties to report on the economic, social and other consequences of strategies adopted, and

[20] No text has yet been drafted for this section. A panel of legal experts, convened by the WHO, prepared a report on potential liability and compensation provisions. The report was made available at the second session of the Intergovernmental Negotiating Body.

on the effectiveness of different measures, would be too burdensome for most developing countries and might only divert the FCTC from its focus on health. (See Section P: *Reporting and Implementation*).

One NGO suggested placing the provision on information exchange (K.3) under Section L: *Scientific, technical and legal cooperation*.

Section L. Scientific, technical and legal cooperation

The tobacco-control research group supported the inclusion of this section, but proposed that technical assistance should extend to providing countries with guidance on translating research results into policy recommendations (e.g., preparation of policy briefs, and interacting with non-government organizations and/or advocacy groups).

Section M. Conference of the Parties

The one comment on this section came from a health NGO which suggested that the word "harmonization" in paragraph 4(e) be replaced by the word "adoption." This view was consistent with the stance taken by a number of groups on the use of the word "harmonization" throughout the text, a major concern being that the use of the term may open the door to a watering down of strategies, policies, legislation, etc., and to a loss of innovation.

Section P. Reporting and Implementation

Several health-sector respondents felt this section needed reworking and refinement. Two objected to paragraphs P.1(c) and (d), which require Parties to report on the economic, social and other consequences of strategies adopted to implement the Convention, and on the effectiveness of measures they have adopted. They felt that these requirements would place a burden on the resources of most developing countries. In addition, they might shift attention from health to economic issues, whereas it was essential that the focus of the FCTC should remain on the health effects of tobacco use.

One NGO remarked that the useful data intended to be captured in paragraph 1(e) could be gathered under paragraph 1(a). If the former were left in, it might be interpreted as requiring countries to notify the Conference of Parties *in advance* of proceeding with any tobacco-control measure (including an imminent tax increase). An additional provision was suggested, requiring countries to collect and submit information on trends in tobacco use. These data, it was felt, would be relatively inexpensive to track.

The enforcement provisions were judged inadequate by two health organizations, who recommended that countries should be specifically required to make their reports public. In addition, a designated entity should be mandated to assess Parties' compliance with the Convention and its protocols at least every four years, and to publicly highlight any failure to comply.

The inclusion of a mechanism whereby private parties might file complaints of noncompliance was deemed to be necessary by a health group. This NGO felt that complaints about noncompliance in a country were more likely to be made by non-government agencies than by other countries. (See also Section R: *Settlement of disputes*).

The same NGO expressed surprise that the only specific assistance to be provided to developing countries was technical support in reporting to the Conference of Parties, a task unlikely to be any country's most urgent priority. It recommended deleting the provision in question and making the language on general financial resources and technology transfer more specific. (see Section Q: *Financial resources*).

Section Q. Financial resources

Negotiating an effective funding mechanism should be a high priority for Canada in FCTC discussions, according to one group. This respondent questioned whether countries would want to agree to potentially costly commitments with no more than a promise of money if rich countries decided to donate to the Conference of Parties. Referring to strong, well-funded programs that have been considered successful in reducing smoking rates in California and Florida, a health professional association called for the implementation of similar programs worldwide. In its view, a sustained and substantial resource commitment would be needed, but it would be worthwhile.

Three possible mechanisms were suggested. A health professional association recommended that all governments commit stable funding for comprehensive tobacco-control strategies, using tobacco tax revenues (including special levies on tobacco products) for this purpose. An NGO favoured encouraging countries to recover implementation costs from the industry. Another group leaned toward imposing an obligatory international tax on imports/exports of tobacco products, administered by the Conference of Parties. This would be a strong incentive for countries to ensure the effectiveness of anti-smuggling measures. Alternatively, Parties could contribute through a funding formula based on:

1) GDP per capita; 2) domestic consumption of tobacco products; and 3) exports of tobacco products.

Section R. Settlement of disputes

Repeating its earlier observation that NGOs are more likely than the Parties themselves to note noncompliance, particularly with respect to domestic obligations, one group proposed that provision be made in this section for private parties to lodge complaints.

Annex A: List of Contributors

1. The Arthritis Society
2. Canadian Cancer Society
3. Canadian Nurses Association
4. Canadian Medical Association
5. European Cigar Manufacturer's Association
6. Frontier Duty Free Association
7. Havana House Cigar & Tobacco Merchants Ltd.
8. Heart and Stroke Foundation of Canada
9. Imperial Tobacco Canada Limited
10. JTI-Macdonald Corporation
11. National Cancer Institute of Canada
12. Non-Smokers' Rights Association
13. Ontario Flue Cured Tobacco Marketing Board
14. Physicians for a Smoke-Free Canada
15. Prince Eddy of Prince Edward Island, Inc.
16. Sleep/Wake Disorders Canada
17. Van Nelle Limited
18. Voices of Youth
19. Communications, Energy and Paperworkers Union
20. Research for International Tobacco Control, International Development Research Centre
21. Canadian Council for Tobacco Control

Santé Canada Health Canada

OBSERVATIONS ÉCRITES DES PARTIES INTÉRESSÉES

SUR LE PROJET DE CONVENTION-CADRE POUR LA LUTTE ANTITABAC :

texte du Président

février 2001

Canada

Notre mission est d'aider les Canadiens et les
Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé
Santé Canada

Also available in English under the title
Stakeholder Written Comments on the Chair's Text of a Framework Convention on Tobacco Control

Il est interdit de reproduire ce document à des fins commerciales, mais
sa reproduction à d'autres fins est encouragée, à condition que la source soit citée

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution

Pour obtenir plus de renseignements ou des copies
supplémentaires, veuillez communiquer avec :

Heidi Jackson
Direction des affaires internationales
Santé Canada
Indice de l'adresse: 0908A
Édifice Brooke Claxton
Pré Tunney
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

Tel.: (613) 941-7304

Ce document est offert sur le site web:
http://www.hc-sc.gc.ca/datapcb/iad/files/stakeh-f.html

© Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2001

Cat. H49-158/2001F
ISBN 0-662-86084-5

Table des matières

Introduction 1

Vue d'ensemble 3

Examen des observations des parties intéressées 6

Article C. Objectif 6
Article D. Principes directeurs 6
Article E. Obligations générales 9
Article F. Mesures financières et fiscales visant à réduire la demande de tabac 10
Article G. Mesures autres que financières visant à réduire la demande de tabac ... 13
Article H. Mesures visant à réduire la demande de tabac en rapport avec la dépendance et le sevrage tabagique 19
Article I. Mesures concernant l'offre de tabac 19
Article J. Indemnisation et responsabilité 23
Article K. Surveillance, recherche et échange d'informations 23
Article L. Coopération scientifique, technique et juridique 24
Article M. Conférence des Parties 24
Article P. Notification et mise en oeuvre 24
Article Q. Ressources financières 25
Article R. Règlement des différends 26

Annexe A : Liste des intervenants. 27

Introduction

En mai 1999, les États Membres de l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS) ont appuyé à l'unanimité une résolution en faveur de l'élaboration d'une *Convention-cadre pour la lutte antitabac* (CCLAT). La Convention, qui devrait être achevée en 2003, constituera un accord international ayant force obligatoire sur les mesures de lutte antitabac visant à réduire le tabagisme dans le monde. Les questions que devraient traiter la Convention et les Protocoles y relatifs comprennent notamment la publicité et la promotion; la contrebande du tabac; la prévention du tabagisme, le sevrage tabagique et le traitement de la dépendance à l'égard du tabac; la coopération en matière de surveillance et de recherche; les taxes sur les produits du tabac; et la diversification de l'économie et de l'agriculture.

En octobre 2000, une délégation du gouvernement canadien a participé au premier cycle des négociations de la Convention. Au terme de ces discussions, le Président de l'organe intergouvernemental de négociation de la CCLAT a élaboré un projet de texte de Convention, qui a constitué la base du deuxième cycle de négociations, tenu du 29 avril au 5 mai 2001. Le texte du Président (OMS A/FCTC/INB2/2) peut être retrouvé sur le site internet: http://www.who.int/wha-1998/Tobacco/INB2/PDFinb2/f2inb2.pdf. Un troisième cycle de négociations aura lieu du 22 au 28 novembre 2001.

Reconnaissant que de nombreux organismes sont susceptibles de s'intéresser aux questions relatives à la lutte antitabac, le gouvernement canadien a demandé qu'on lui présente des observations et des perspectives sur les moyens par lesquels la CCLAT pourrait promouvoir au mieux la coopération internationale et aider les pays à élaborer leurs propres plans de lutte antitabac. Plus précisément, les organismes ont été invités à indiquer les questions à régler qui, à leur avis, se prêtaient le mieux à une convention de cette nature et à présenter leurs observations sur l'ensemble des aspects du projet de texte de négociation du Président, mais tout particulièrement sur les domaines proposés comme objets d'obligations (articles E à L).

Au total, 21 organismes[1] – principalement des groupes de défense et de promotion de la santé –

[1] La Société d'Arthrite; Société canadienne du cancer; Association des infirmières et infirmiers du Canada; Association médicale canadienne; European Cigar Manufacturers Association; Frontier Duty Free Association; Havana House Cigar & Tobacco Merchants Ltd.; Fondation des maladies du coeur du Canada; Imperial Tobacco Canada Limitée; JTI-Macdonald Corporation; Institut national du cancer du Canada; Association pour les droits des non-fumeurs; Ontario Flue-Cured Tobacco Growers' Marketing Board; Médecins pour un Canada sans fumée; Prince Eddy of Prince Edward Island, Inc.; Affections du sommeil/éveil Canada; Van Nelle Limited; La voix des jeunes; Syndicat des communications, de l'énergie et du papier; Recherche pour la lutte mondiale contre le tabac, Centre de recherches pour le développement international; Conseil canadien pour le contrôle du tabac.

ont répondu à l'invitation du gouvernement. Il s'agit d'associations de professionnels de la santé; de groupes oeuvrant dans les domaines de la défense de la santé ou des droits de la jeunesse, de l'éducation du public et de la recherche; d'organismes représentant les travailleurs et l'industrie, notamment les cultivateurs, les fabricants, les importateurs et exportateurs, les distributeurs et les commerçants (associations et organisations individuelles). Dix-neuf organismes ont communiqué des observations.

Le présent document résume les principaux point soulevés dans ces observations, qui étaient d'étendue très large et, dans certains cas, très détaillées.

Le gouvernement canadien remercie tous ceux qui ont consacré du temps à la communication de leurs observations et espère poursuivre ces consultations avec les personnes intéressées de manière continue dans la suite du processus.

Les sites Web suivants comportent des renseignements supplémentaires sur la lutte antitabac et sur la CCLAT :

Programme de lutte au tabagisme de Santé Canada
http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/tabac
Organisation Mondiale de la Santé
http://tobacco.who.int
Banque Mondiale
http://www.banquemondiale.org
Centre national de documentation sur le tabac et la santé (Canada)
http://www.ncth.ca/NCTHweb.nsf/MainFrameSet_FR

Vue d'ensemble

Les secteurs qui s'intéressent particulièrement à la lutte antitabac – la santé, le travail, l'agriculture, la fabrication, l'importation et l'exportation, le commerce au détail ainsi que les organismes voués à la recherche, à l'éducation et à la défense des droits – ont saisi l'occasion de faire prendre en compte leurs préoccupations dans les travaux préparatoires du Canada en vue des prochaines négociations de la CCLAT.

De manière générale, les intervenants du secteur de la santé et des services sociaux soulignent les effets nocifs du tabac sur la santé de même que l'importance à accorder à la promotion de la santé et aux mesures préventives et font valoir la nécessité d'une coordination internationale et d'une réglementation et application rigoureuses. Les intervenants de l'industrie soulèvent pour leur part des questions telles que les accords de commerce internationaux, la liberté d'expression commerciale, la concurrence sur le marché, les codes de conduite volontaires et la liberté de choix des consommateurs. Il y a un consensus évident sur certains points, notamment la nécessité de l'éducation du public, les mesures d'interdiction du commerce illicite, l'importance de la protection contre le tabagisme passif et l'interdiction de la vente de cigarettes aux personnes mineures, mais il existe manifestement des divergences sur les moyens de mettre en oeuvre ces mesures.

Un thème commun revient dans les observations issues du secteur de la santé : la nécessité que la convention-cadre soit formulée dans un langage fort, clair et sans équivoque. Les associations de professionnels de la santé, les ONG et les groupes de défense se montrent tous inquiets que des victoires acquises de haute lutte soient érodées, ou des innovations étouffées, si des termes faibles ou ambigus émaillent le texte (le mot « harmonisation » par exemple). Ils font valoir la nécessité d'inscrire des dispositions relatives aux « normes minimales » et de viser l'interdiction absolue (plutôt que partielle ou limitée) dans des domaines comme la vente en franchise de droits de douane et la publicité transfrontières et nationale. Par contre, ils reconnaissent la nécessité de faire preuve d'une certaine flexibilité, compte tenu de la grande diversité des situations et priorités des pays. Ils appellent à donner aux questions de santé préséance sur les questions commerciales et économiques dans les accords internationaux et ils mettent en garde contre le risque que des questions comme la protection des marques de commerce ou les cigarettes « de contrefaçon » fassent dévier le processus de la CCLAT.

Les intervenants du secteur de la santé soulignent l'importance de s'attaquer à la contrebande à tous les niveaux où il est possible de le faire, se déclarant favorables à des politiques fiscales et financières vigoureuses et à des dispositions en matière de chaîne de possession, pour rendre les fabricants

responsables dans les cas où leurs produits se vendent sur le marché noir. Certains intervenants du secteur de la santé souhaitent aussi que le régime d'assistance technique soit plus généreux et que des dispositions plus strictes soient adoptées en matière de respect des réglementations et de responsabilité.

Les groupes des secteurs de la recherche et de la santé appuient l'élaboration et l'application d'un vaste ensemble d'indicateurs communs ainsi que la réalisation d'études sociales et économiques et d'études d'impact des politiques en vue de définir les meilleures pratiques dans le domaine. Toutefois, ils craignent que de telles obligations ne soient trop onéreuses pour certains pays en développement et ne les découragent d'adhérer à la Convention.

Pour créer un régime de financement stable destiné aux stratégies générales de lutte antitabac (comportant des investissements dans des projets et programmes fondés sur les résultats), les intervenants du secteur de la santé préconisent le recours aux recettes fiscales du tabac, y compris aux taxes spéciales sur les produits du tabac.

Les représentants de l'industrie du tabac ont indiqué leur volonté d'adopter des mesures raisonnables et pratiques, mais restent préoccupés par une réglementation supranationale et la perspective d'une interdiction de la consommation du tabac sous toutes ses formes déguisée sous des réglementations coûteuses. Ils considèrent que l'harmonisation hausse la barre (plutôt qu'elle ne la baisse) et mentionnent souvent le caractère non pratique et non réaliste de certaines dispositions – par exemple en matière de conditionnement, d'étiquetage et de publicité, où l'on ne peut s'attendre, selon eux, à ce que les pays en développement adoptent les mêmes mesures que le Canada à moins de disposer d'un délai très long .

Les représentants de l'industrie du cigare font une distinction entre leurs produits et les cigarettes et veulent que ceux-ci soient exemptés de certaines des dispositions les plus coûteuses de la CCLAT, par exemple des régimes potentiellement onéreux de tests des produits, des prescriptions sur la taille des avertissements et de certaines dispositions en matière d'étiquetage. Ils soutiennent que les fumeurs de cigare ne représentent qu'une part minuscule des fumeurs dans le monde et qu'un grand nombre des problèmes associés à la consommation de la cigarette ne s'appliquent ni à leurs produits, ni à leur secteur d'activité ni à leur marché de consommateurs.

Deux associations du secteur privé font valoir des « cas d'exception » analogues, soit les exploitants d'établissements de vente en franchise et les cultivateurs de tabac. Le groupe des établissements de vente en franchise souligne ses longs états de service en matière de bonnes pratiques commerciales et

son apport à l'emploi, au tourisme et à l'économie; il prévient que l'interdiction de la vente en franchise du tabac aux frontières et aux aéroports menacerait ces avantages et orienterait les consommateurs vers d'autres sources d'approvisionnement (souvent non réglementées et non taxées). Les cultivateurs de tabac se décrivent comme des gestionnaires fonciers respectueux de l'environnement, fiers de leurs cultures, de leurs exploitations agricoles et de leurs collectivités, qui oeuvrent dans un secteur d'activité qui, malgré sa contribution socio-économique importante, est en butte à des mesures de politique publique perturbatrices (et largement inefficaces) visant à décourager la consommation d'un produit légal. Ils soulignent la nécessité d'une aide de l'État, non seulement pour l'instauration de cultures de substitution, mais également pour leur commercialisation.

De façon générale, les représentants de l'industrie préconisent des mesures responsables, pratiques et basées sur le bon jugement. À leurs yeux, une réglementation mondiale n'est pas nécessairement bénéfique. Les questions sont souvent mieux réglementées aux échelons national ou local, et les efforts d'harmonisation ne donnent pas les résultats voulus en raison des différences économiques entre les pays en développement et les pays fortement industrialisés. De plus, ils s'inquiètent de voir que certaines dispositions de la Convention leur semblent en contradiction avec les accords internationaux actuels sur le commerce, notamment avec les accords de l'OMC et d'autres instruments.

Examen des observations des parties intéressées

Il convient d'aviser le lecteur que les articles du projet n'ont pas tous donné lieu à des observations. Aussi, les réponses des parties intéressées sont présentées dans l'ordre, mais certains intitulés d'articles de la CCLAT sont absents de l'examen. L'omission d'un intitulé signifie que l'article n'a fait l'objet d'aucune observation (ou a fait l'objet d'observations très peu importantes).

Article C. Objectif

L'une des préoccupations fondamentales des intervenants porte sur l'importance de formuler l'objectif de la CCLAT. Deux organismes du secteur de la santé signalent que la réduction de la *prévalence* n'équivaut pas à la réduction de la *consommation*. Comme ces deux éléments sont des objectifs importants du point de vue de la santé et pour simplifier la formulation, on suggère la modification « réduire [...] le tabagisme ».

Dans une perspective plus large, un groupe est d'avis que les déclarations visant la réduction de la prévalence du tabagisme et l'adoption de mesures de lutte antitabac ne sont que des *moyens* en vue d'une fin ultime. L'objectif approprié de la CCLAT, suggère-t-on, devrait être de « protéger les générations actuelles et futures des effets sanitaires, sociaux, environnementaux et économiques dévastateurs de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée de tabac.» Les *moyens* pour atteindre cette fin comprendraient notamment le règlement des questions transfrontières et les mesures de lutte antitabac au niveau national.

Un représentant de l'industrie du cigare se demande si l'objectif ultime ne serait pas de mettre un terme au tabagisme sous toutes ses formes. Le cas échéant, cet objectif devrait être ouvertement confirmé et les conséquences d'une telle interdiction ouvertement débattues – une interdiction sous des réglementations coûteuses priverait les adultes du droit de décider de leur propre style de vie.

Article D. Principes directeurs

En général, les intervenants du secteur de la santé qui ont communiqué leurs observations appuient l'inclusion de cet article. Un organisme, tout en s'interrogeant sur la valeur juridique et l'effet des principes directeurs, se joint néanmoins aux autres groupes pour demander des améliorations. Celles-ci portent sur l'énoncé général des principes, qu'on souhaite plus clair, plus fort et plus positif, sur l'élargissement des principes spécifiques – par exemple, les « dispositions sur les normes minimales »

en D.8 devraient s'appliquer non seulement à la Convention mais également aux Protocoles[2] – et sur l'ajout de trois nouveaux principes, le premier sur l'accès à l'information sur le sevrage tabagique, le deuxième sur le principe de précaution et le troisième sur l'importance d'une stratégie nationale d'activités pour prévenir la première consommation de tabac chez les jeunes et les autres groupes à risque élevé.

Une association de professionnels de la santé estime que les quatre buts de toute stratégie nationale globale[3] devraient être formulés soit en les intégrant en D.1, soit comme principe autonome. Trois autres ont critiqué la présence du principe de l'assistance financière en faveur des cultivateurs et des travailleurs du tabac déplacés. Selon elles, la prise en charge par l'OMS d'un problème hypothétique qui est hors de sa compétence risque de ralentir le processus de la CCLAT et de perpétuer le mythe selon lequel le succès des mesures de lutte antitabac entraînera une chute mondiale de la vente et de la consommation de tabac (plutôt qu'une simple stabilisation).

Les relations entre la lutte antitabac et le commerce international ont suscité de nombreuses observations. Pour leur part, les organismes du secteur de la santé ont tendance à trouver le principe D.5 faible et peu clair, et ils s'inquiètent à l'idée que les mesures nationales de lutte antitabac soient renversées par les décisions des tribunaux du commerce de l'ALENA ou de l'OMC, par exemple. Dans cette perspective, ils proposent des approches/formulations différentes pour que la protection mondiale de la santé publique ait préséance sur les accords de commerce.

À l'encontre des groupes du secteur de la santé qui soutiennent que les produits du tabac ne devraient pas être traités comme des « produits ordinaires » dans le commerce international, les intervenants du secteur commercial voient dans l'incompatibilité entre certaines dispositions de la CCLAT et le régime du commerce international un fondement pour attaquer la CCLAT. Ils notent, entre autres choses, la reconnaissance de la vente en franchise dans le commerce mondial,[4] et le fait que son élimination irait

[2] L'omission par inadvertance des mentions des Protocoles intervient à d'autres endroits dans le texte, par exemple dans l'article E au complet. Pour que les Protocoles soient explicitement visés, il est suggéré, entre autres, d'inclure les Protocoles dans la définition de la « Convention » à l'article des définitions.

[3] La *prévention* (pour aider les non-fumeurs à le rester); la *protection* (pour protéger la santé et les droits des non-fumeurs); le *sevrage* (pour encourager et aider les personnes qui souhaitent cesser de fumer); le *repositionnement* des produits du tabac et de l'industrie du tabac en fonction des effets dévastateurs de la consommation de tabac sur la santé et la société.

[4] Elles font l'objet de normes commerciales établies par l'Organisation mondiale des douanes dans la Convention de Kyoto.

directement à l'encontre des décisions récentes relatives à l'établissement de conventions de commerce internationales qui reconnaissent ou normalisent les règles.

Les représentants de l'industrie font état également de leur préoccupation au sujet du risque de discrimination entre les Membres de l'OMC et les non-Membres de l'OMC,[5] et des effets sur l'accès aux marchés de mesures incompatibles avec les Accords de l'OMC.[6]

Un importateur/distributeur de cigares regrette que le texte du Président n'établisse pas de distinction entre les cigares et les cigarettes, laissant ainsi entendre que les deux produits comportent les mêmes risques pour la santé et les mêmes inconvénients sociaux. Selon l'intervenant, le cigare est un produit naturel dont la fabrication n'utilise aucun additif ou produit chimique, et la plupart des fumeurs de cigare n'avalent pas la fumée, ne fument qu'occasionnellement (raisons qui expliquent toutes deux, selon les études, les différences dans les risques de maladie)[7] et ont des schémas de comportement différents des fumeurs de cigarettes (ce qui porte à croire que les deux produits n'ont pas les mêmes propriétés dépendogènes). L'intervenant déclare en outre que, selon les sociétés d'assurance-vie, les fumeurs de cigare présentent un risque moindre que les fumeurs de cigarette, et il ajoute que les fumeurs de cigare sont plus âgés et plus instruits que les fumeurs de cigarette. Il attire également l'attention sur la faible prévalence des fumeurs de cigare en regard des fumeurs de cigarette, au Canada,[8] dans le monde et dans les pays en développement, où les fumeurs de cigare, indique-t-il, sont quasi inexistants. Dans l'esprit de cet importateur, les fausses hypothèses sur les cigares pourraient éventuellement mener à des mesures disproportionnées et discriminatoires à l'égard de l'industrie du cigare. Il suggère que la CCLAT devrait reconnaître la différence entre le cigare et la cigarette et appliquer des règles différentes à ces produits.

---

[5] Dans le cas où les agriculteurs sont forcés de demander des subventions publiques (interdites aux Membres de l'OMC par l'Accord de l'OMC sur l'agriculture).

[6] Par exemple, les dispositions sur l'harmonisation des politiques fiscales pourraient nuire aux produits du tabac importés et les interdictions frappant la publicité, la commercialisation, la promotion et le parrainage pourraient conférer aux fournisseurs nationaux établis un avantage concurrentiel sur les nouveaux fournisseurs étrangers (mesures toutes deux contraires à l'article III du GATT).

[7] *National Cancer Institute* (États-Unis).

[8] Moins de 1 % des Canadiens fument le cigare. Environ 25 % fument la cigarette.

Un autre groupe recommande de relier les principes D.2 et D.6, ce qui étendrait le champ des responsabilités de l'industrie du tabac à la fourniture d'une information complète sur les caractéristiques nocives de ses produits.

Article E. Obligations générales

Comme des obligations tant générales que spécifiques figurent ailleurs dans le texte, un organisme suggère d'intituler plutôt l'article E « Obligations fondamentales » ou « Obligations initiales ».

Un organisme de professionnels de la santé recommande que soient énoncés de nouveau les objectifs spécifiques d'une stratégie nationale de réduction de la consommation des produits du tabac – prévention, protection, sevrage tabagique et dénormalisation. Il insiste également sur l'emploi d'un langage plus fort, plus clair et moins ambigu dans le présent article et dans les articles suivants. À son avis, des expressions telles que « selon qu'il convient », « compte tenu des moyens dont elle dispose », « le cas échéant », « dans la mesure du possible » et « harmonisation » laissent place à l'interprétation.

Le terme « harmonisation » fait l'objet de commentaires et de propositions de reformulation de la part de deux autres sources. Une ONG du domaine de la santé recommande l'élimination complète du mot de l'ensemble du texte[9] pour deux raisons : d'une part, l'harmonisation peut décourager l'innovation, la mise en oeuvre de nouvelles mesures et l'approche du « saut de mouton » qui a caractérisé l'histoire de la lutte antitabac[10] et, d'autre part, « l'harmonisation » des lois et des politiques de deux pays pourrait impliquer *soit* l'amélioration des textes les moins restrictifs, *soit* l'affaiblissement des textes les plus rigoureux. L'harmonisation à la baisse des mesures de lutte antitabac d'un pays irait à l'encontre du principe directeur des « normes minimales » de la Convention.

Un dilemme analogue apparaît dans le cas[11] où les pays s'engagent à interdire l'exportation de produits qui ne respectent pas leurs propres normes de droit interne. Ainsi, l'un des organismes du secteur de la santé pose la question suivante : Si les cigarettes sont fabriquées en Thaïlande, et portent sur leur emballage des avertissements thaïlandais sur la santé, les avertissements thaïlandais, qui sont plus faibles, auraient-ils préséance sur les avertissements canadiens sous forme de dessins, qui sont plus forts? Pour

[9] Notamment les paragraphes F.1, F.2 et G.1 et les alinéas G.1 b) et M.4 e).

[10] À titre d'exemple de reformulation, l'alinéa E.2 b) devrait se lire « adopte des mesures législatives, exécutives et administratives et coopère avec les autres Parties afin d'améliorer des politiques appropriées. »

[11] Voir le paragraphe E.3 du texte du Président.

trancher ce dilemme, on suggère une reformulation qui exigerait le respect des normes des *deux* pays, sous réserve qu'en cas de différend, les normes du pays importateur l'emportent, et on propose une nouvelle disposition dans laquelle les pays s'engageraient à ne pas attaquer leurs dispositions respectives de lutte antitabac. Outre la question des différends, le paragraphe E.3 suscite une préoccupation, à savoir que les pays exportateurs se montrent réticents à adopter toute forme de normes sur les produits.

« Obligations spécifiques »

Une ONG suggère qu'à titre de traité international, la CCLAT et ses Protocoles devraient se concentrer sur les questions de lutte antitabac transfrontières, tout en apportant un appui et un soutien forts aux mesures de lutte au niveau national. Ils suggèrent que le Canada devrait défendre l'adoption de mesures transfrontières efficaces qui pourraient être respectées par la voie d'« obligations spécifiques » découlant de la Convention-cadre et des Protocoles y relatifs.

Article F. Mesures financières et fiscales visant à réduire la demande de tabac

Les réponses reçues sur cette question proviennent du secteur de la santé et de l'industrie du tabac. Les intervenants du domaine de la santé considèrent que les obligations prévues à l'article visé sont faibles et appellent un renforcement, particulièrement du fait que les stratégies financières et fiscales, c'est connu, réduisent le tabagisme chez les jeunes. À leur avis, des obligations rigoureuses et non équivoques sont essentielles pour prévenir la première consommation des produits du tabac chez les groupes à risque élevé. On recommande une déclaration simple, forte, énonçant que tous les produits du tabac, quelle que soit leur origine, doivent être taxés au niveau où le prix devient un obstacle, surtout pour les jeunes. L'objectif des taxes devrait être la réduction de la consommation et les pays ne devraient pas être empêchés d'imposer des augmentations de taxes importantes en une seule opération, car elles sont souvent plus efficaces qu'une suite de petites hausses, facilement absorbées et moins visibles.

Une association de fabricants de cigares fait ressortir la nécessité d'un traitement fiscal et d'accise différent pour les cigares de celui des autres produits du tabac. Elle explique que l'Union européenne applique des taux minimums différents en matière de droits d'accise pour tenir compte des différences entre les cigares et les secteurs de la cigarette/du tabac roulé à la main[12] et d'autres facteurs pertinents – par exemple l'absence de problèmes importants sur le marché national en ce qui concerne les cigares

[12] La production artisanale à petite échelle, souvent établie dans les zones rurales, intensive en main-d'oeuvre peu qualifiée, comprend une vaste gamme de produits qui correspondent à un éventail de goûts et de prix, mais elle a enregistré un déclin important des niveaux de consommation au cours des dernières années (bien qu'on ait reconnu qu'il s'était produit une stabilisation).

(approvisionnement transfrontières, fraude à grande échelle), l'absence de préoccupations des organes commerciaux visés et la très faible élasticité relative de la demande et du prix entre les cigares et les autres produits du tabac.[13]

Dans cet article, le mot « harmonisation » préoccupe les organismes de la santé, qui demandent sa suppression du texte. Selon l'un d'entre eux, la formulation du premier paragraphe, F.1, laisse entendre que les pays qui ont des taxes élevées devraient réduire leur niveau d'imposition ou au moins ne pas l'augmenter. L'organisme réfute également, à l'aide d'exemples, la proposition selon laquelle l'harmonisation des prix décourage nécessairement le commerce illicite des produits du tabac.[14]

Un organisme de défense et de promotion de la santé souligne que la rentabilité de la contrebande organisée des cigarettes ne provient pas des différences de taxes ou de prix au détail entre pays voisins, car presque toute la contrebande de cigarettes organisée à grande échelle porte sur des marchandises *non assujetties à des taxes*.[15] Les représentants de l'industrie du cigare ne contestent pas l'idée que l'élimination des différences de prix et de taxes réduirait la contrebande. L'industrie indique son soutien et sa collaboration aux efforts de lutte contre la contrebande, mais juge l'idée d'une harmonisation des politiques fiscales totalement irréaliste, non pratique et impossible à réaliser en raison des grandes différences de situations et priorités nationales. Une telle mesure fournirait simplement de nouvelles possibilités au commerce illicite et élargirait l'accès des fumeurs à des produits non réglementés et non taxés.

Une association d'entreprises plaide en faveur de la vente en franchise, décrivant ce secteur comme une source d'approvisionnement en tabac en quantités limitées qui est légitime et respectée tout en étant très contenue et réglementée et qui ne représente qu'une faible part des ventes mondiales. Selon cette

---

[13] Rapport de 1995 de la Commission européenne sur les droits d'accise sur les produits du tabac (COM (95) 285 final).

[14] En Europe, la contrebande a souvent été pire dans la partie méridionale de l'Europe, où les taux de taxes sur le tabac étaient inférieurs à ceux de l'Europe septentrionale. En Amérique du Nord, une cartouche de cigarettes coûte presque le double dans l'État de New York de ce qu'elle coûte en Ontario, et pourtant il n'y a pas de contrebande importante entre l'Ontario et cet État.

[15] Par exemple, une partie importante des cigarettes de contrebande entrées en Espagne dans les années 80 et 90 provenaient de la Belgique, où les taxes et les prix des cigarettes sont beaucoup plus élevés qu'en Espagne (en théorie, le produit était acheminé des États-Unis vers l'Afrique du Nord, donc exempt de taxes).

association, il n'y a guère d'éléments de preuve établissant que le prix à lui seul a un effet significatif sur la demande finale – les augmentations de prix poussent simplement les consommateurs à se tourner vers d'autres sources d'approvisionnement, par exemple d'autres points de vente à bas prix, ce qui comprend au Canada les discompteurs, les bureaux de vente des Premières nations, les vendeurs au détail en grosses quantités ainsi qu'une myriade de sources sur le marché noir ou le marché gris. Pour les personnes qui voyagent, ces options non réglementées créent la tentation de la contrebande.

Selon cette association, les commerces en franchise ne devraient pas être les seuls visés par une interdiction. Elle affirme que les boutiques des aéroports sont des éléments de l'assise économique des autorités des aéroports internationaux, finançant une large partie des installations publiques, et que le Programme des boutiques hors taxes du Canada produit des emplois ainsi que des recettes fiscales et touristiques (près de 62 millions de dollars en ventes directes à l'exportation), sans compter la valeur des biens et des services achetés dans les collectivités frontalières. De l'avis de cet intervenant, la cessation de la vente de tabac en franchise ne mettrait pas un frein à la contrebande ni à la vente de tabac aux personnes mineures, mais elle compromettrait les avantages économiques issus des ventes de cigarettes. De plus, elle mettrait en péril les investissements à long terme importants des exploitants de ces commerces, qui ont été faits de bonne foi pour respecter les objectifs et prescriptions de l'État.

Les organismes du secteur de la santé estiment que les pays sont peu susceptibles de mettre un terme à la vente en franchise sans y être concrètement obligés. Ils demandent l'interdiction absolue du commerce en franchise des produits du tabac – notamment la vente en franchise aux frontières et aux aéroports ainsi que le commerce en gros des cigarettes exemptes de taxes – et l'interdiction des commandes par la poste et des ventes par l'Internet ainsi que des livraisons et des envois internationaux des produits du tabac (sauf au sein de la profession). Ils proposent également que la perception des taxes à la production et à l'exportation sur les produits du tabac ait lieu dans le pays d'origine, avant le départ de l'usine.

Un autre groupe suggère le recours aux taxes pour influer non seulement sur la demande des consommateurs, mais aussi sur le comportement des entreprises, et il recommande que l'intitulé et le texte de l'article F soient assez larges pour ne pas fermer la porte à cette possibilité.

Article G. Mesures autres que financières visant à réduire la demande de tabac

Une ONG dans le domaine de la santé est d'avis que l'intitulé de l'article doit être revu, car les dispositions que celui-ci contient ne concernent pas toutes la réduction de la demande.

Encore ici, on soulève le problème de l'« harmonisation » pour recommander la suppression du terme. On note que si le Canada harmonisait sa réglementation sur les produits du tabac avec celle des autres pays, il serait forcé d'éliminer la quasi totalité de sa *Loi sur le tabac* et des règlements d'application. L'expérimentation d'approches diverses ne devrait pas être découragée, par exemple dans le domaine de la réglementation de la composition des produits du tabac, où les moyens et les objectifs de la réglementation ne font pas consensus. Par ailleurs, dans les domaines où la nécessité d'une protection maximale fait l'objet d'un consensus public clair (par exemple en matière de tabagisme passif ou de publicité), l'objectif formulé devrait être la « protection maximale » et non l'harmonisation.

Tabagisme passif

Les groupes du secteur de la santé sont en général favorables à cet article, mais demandent des améliorations de détail. Selon un groupe, il n'est pas scientifiquement établi que le tabagisme passif présente plus de risques pour les femmes enceintes que pour les autres sujets. De plus, c'est à la maison – soit le lieu le plus difficile à réglementer – que les jeunes enfants sont le plus exposés à la fumée du tabac. On suggère des formulations plus larges.

Un représentant de l'industrie du cigare qui présente des observations sur la question reconnaît que la fumée de tabac dans l'environnement peut être perturbatrice et irritante pour certaines personnes dans certaines situations, et il appuie une disposition raisonnable à l'égard des fumeurs et des non-fumeurs dans les lieux publics.

Réglementation de la composition des produits du tabac

Les groupes du secteur de la santé conviennent que la question est importante en principe, mais deux d'entre eux jugent la disposition prématurée. Selon l'un des deux, le Canada ne doit pas accepter d'harmoniser (éventuellement à la baisse) sa réglementation de normalisation des produits en s'en remettant à un organe délégué. Un autre groupe, qui fait remarquer que des normes internationales sur la composition des produits ne seront vraisemblablement pas élaborées dans un proche avenir, suggère que l'objectif de cette disposition soit reformulé. Un but plus réaliste serait que l'OMS organise une conférence internationale où l'on pourrait débattre des approches en matière d'élaboration de normes

nationales et échanger des informations pertinentes.

Un représentant de l'industrie – un fabricant de cigares – estime que les réglementations abaissant les teneurs maximales en goudron ne sont pas justifiées et qu'il n'y aurait aucun avantage à effectuer des tests intensifs sur les autres constituants de la fumée. Au contraire, cela aurait pour effet de réduire la concurrence et le choix des consommateurs et de stimuler le commerce de produits non réglementés de qualité inférieure. Certains régimes de tests seraient si étendus et exigeants qu'environ trois laboratoires seulement dans le monde pourraient procéder aux analyses nécessaires – et ce, à un coût élevé, ce qui forcerait la fermeture d'un grand nombre de petites entreprises ou le retrait du marché de marques moins importantes. Cet intervenant estime qu'une réglementation raisonnable, assortie d'accords volontaires bien conçus, serait plus pratique qu'une réglementation supranationale. Un importateur et distributeur de cigares affirme que, contrairement aux cigarettes, les cigares adoptent des tailles, des formes, des densités et des porosités variées et qu'il n'existe pas de méthode scientifiquement reconnue pour réaliser des tests sur les émissions des cigares.

Réglementation des informations à faire figurer sur les produits du tabac

Les deux organismes du secteur de la santé qui font des observations sur cette disposition préconisent tous les deux de la rendre plus rigoureuse. Un intervenant de l'industrie du cigare déclare avoir coopéré avec le ministère de la Santé du Royaume-Uni pour élaborer un accord volontaire sur les additifs à utiliser dans la fabrication des produits du tabac (c'est-à-dire utiliser exclusivement des additifs figurant sur une liste autorisée par le ministère de la Santé et son personnel scientifique ... et aux niveaux autorisés seulement) et dit publier de l'information sur les additifs sur son site Web. Cette entreprise affirme qu'elle s'accommoderait facilement d'une politique de communication des additifs aux autorités, sous réserve de la reconnaissance et de la protection du caractère confidentiel de ces renseignements au plan commercial.

Conditionnement et étiquetage

Le Canada est clairement perçu comme un chef de file en ce domaine. Toutefois, les intervenants ont des avis différents sur la transposition de ce constat dans le texte. Par exemple, un importateur de cigares est d'avis qu'il n'est pas réaliste de s'attendre à ce que les pays en développement adoptent des mesures identiques à celles du Canada à moins de disposer d'un délai très long. Par exemple, tout en étant vigoureusement en faveur d'interdire l'emploi trompeur de termes tels que « légère » et « douce », ils signalent des failles dans la formulation qui pourraient immédiatement ouvrir la porte à une

segmentation trompeuse du marché et priver celui-ci d'une concurrence souhaitable. On propose une nouvelle formulation qui donnerait clairement aux autorités nationales la décision finale sur le bien-fondé des déclarations concernant les effets sur la santé. Les groupes du secteur de la santé – tout en appuyant l'orientation générale des dispositions – suggèrent un certain nombre de petites améliorations au texte.

S'agissant des messages sur la santé, le secteur de la santé appuie l'idée en principe, mais on suggère diverses améliorations des dispositions, pas toujours identiques. Par exemple, un intervenant réclame l'adoption d'avertissements forts tels que les avertissements sous forme de dessins graphiques figurant sur les paquets de cigarettes au Canada, mais un certain nombre d'autres intervenants sont en faveur d'une disposition plus souple exigeant des dessins pour *certains* aspects de *certains* avertissements (les avertissements devant occuper au moins 50 % de l'extérieur du paquet). Un autre organisme de la santé recommande non seulement que le contenu du message relève de la compétence nationale, mais que ce contenu ne se limite pas nécessairement à des questions de santé. On a l'impression que, dans certains pays, les incitations financières (du type « Cesser de fumer, c'est épargner »), les références à la religion ou à l'histoire ou même la description des dispositions d'une nouvelle loi pourraient être plus efficaces que des avertissements touchant la santé, ou à tout le moins les compléter.

Une association de fabricants de cigares juge inapplicables toutes les propositions qui ne font pas de distinctions entre les divers produits du tabac. Selon ce groupe, le conditionnement des cigares adopte une grande variété de dimensions[16] – de sorte que toute prescription exprimée en pourcentage pourrait impliquer des avertissements 20 fois plus gros que ceux établis pour les paquets de cigarettes normalisés. De plus, dans le cas où les autocollants seraient interdits, tant les pays en développement que les pays industrialisés seraient sérieusement gênés dans leur commerce d'exportation, car les conditionnements normalisés à l'échelle internationale – largement utilisés en raison de la variété des types de cigares, des spécifications et des méthodes concernant le conditionnement ainsi que des petites séries de production – ne pourraient recevoir des avertissements imprimés sur la santé. Par conséquent, ce groupe suggère que les avertissements soient placés sur des autocollants et que la taille maximale

[16] De 150 cm² à plus de 3 500 cm².

absolue de ces avertissements soit exprimée en centimètres carrés.[17] En conclusion, l'association remet en question la nécessité des avertissements pour les fumeurs de cigares, qui sont pour la plupart des hommes d'âge mur, dont la consommation est faible et surtout occasionnelle, et qui sont pleinement conscients des risques associés à la consommation du tabac.

Deux des intervenants du secteur de la santé n'appuient pas l'idée d'exiger sur les paquets une mention de l'interdiction de vendre des produits du tabac aux personnes mineures. L'un fait remarquer que l'espace sur le paquet est déjà une denrée rare et aussi que la mesure risquerait de donner aux produits du tabac un attrait encore plus grand auprès des jeunes. L'idée d'exiger des informations au sujet des constituants toxiques et de la teneur des fumées est également rejetée, étant donné que les produits eux-mêmes ne contiennent pas de goudron ni de monoxyde de carbone et que la mesure mécanique des teneurs des fumées ne donne pas de renseignements valables sur la nocivité relative des divers produits.

Un groupe du secteur de la santé recommande d'encourager les pays à étudier la question du conditionnement générique. Leur point de vue était que cela attirerait l'attention sur une importante mesure de lutte antitabac sans nécessairement obliger les Parties à l'adopter.

Éducation, formation et sensibilisation du public

Cet article a attiré relativement peu d'observations, venues de deux organismes du secteur de la santé. Le premier, une association du secteur de la santé, recommande que les programmes de promotion de la santé débutent aux tout premiers degrés de l'école primaire et soient disponibles en permanence dans les établissements scolaires, et qu'ils traitent des raisons pour lesquelles les personnes consomment du tabac, encouragent le sevrage tabagique et fassent contrepoids de manière générale au marketing fait par l'industrie du tabac. Chaque pays devrait être encouragé à déterminer quels sont ses propres groupes à risque élevé (par exemple les enfants et les Autochtones au Canada) et à concevoir des programmes répondant aux préoccupations de ces groupes particuliers. Une autre ONG dans le

[17] À l'appui de sa position, cette association note que, le 28 juin 2000, la Commission européenne a présenté une proposition modifiée de Directive concernant la fabrication, la présentation et la vente de produits du tabac (COM (2000) 428 final), qui tient compte des caractéristiques spéciales de l'industrie du cigare. Dans le cas des produits du tabac autres que les cigarettes, les textes des avertissements pourraient être apposés au moyen d'autocollants, à la condition qu'ils soient inamovibles. En outre, la taille absolue des avertissements est maximisée pour les unités de conditionnement destinées aux produits du tabac autres que les cigarettes. (Note : Les règlements de la *Loi sur le tabac* du Canada prévoient aussi des dispositions particulières pour les cigares, selon leur taille, leur forme, etc.).

domaine de la santé suggère l'ajout d'une nouvelle disposition qui inciterait les Parties à examiner la possibilité de se faire rembourser le coût des programmes par l'industrie du tabac (l'idée est discutée à l'article Q, *Ressources financières*).

La participation des jeunes à la conception et à la distribution du matériel éducatif aiderait à optimiser les efforts pour rejoindre cette population, selon un autre organisme. Ce groupe signale que l'information sur les risques et les dangers de la consommation de tabac ne suffit pas toujours à prévenir les comportements à risques chez les jeunes. Il est d'avis que les efforts d'éducation devraient s'ouvrir à un plus grand nombre d'interventions directes dans la culture des jeunes (musique, films, etc.). En particulier, les jeunes ont besoin de solutions de rechange pour combler les besoins auxquels le tabac répond.

Un représentant de l'industrie, fabricant et importateur de cigares, fait des observations sur les questions liées à l'éducation. Il indique qu'il n'encourage pas les enfants à fumer, qu'il ne souhaite pas qu'ils le fassent et qu'il ne conteste pas (et n'a pas l'intention de le faire dans l'avenir) le message de santé publique selon lequel fumer cause certaines maladies. Il a également dit appuyer une réglementation raisonnable et pratique qui vise à donner un message de santé publique cohérent.

Publicité, promotion et parrainage

Cet article fait l'objet de nombreux commentaires négatifs de la part du secteur de la santé. Un organisme le qualifie de partie la plus faible du projet de texte de CCLAT et un autre le décrit comme tout à fait inadéquat et parle de ses dispositions comme étant d'une faiblesse inacceptable, déclarant que l'article ne reflétait pas l'appui donné par de nombreux pays à l'interdiction totale de la publicité et de la promotion lors de la première session de l'organe intergouvernemental de négociation.

Les organismes du secteur de la santé sont contrariés par le fait que la CCLAT a opté pour la stratégie des « jeunes en premier lieu ». Une ONG qualifie cette approche de naïve, d'attaquable au plan philosophique et pratiquement impossible à mettre en oeuvre et elle cite un rapport de la Banque Mondiale à l'appui de la thèse que les interdictions limitées et partielles de la publicité ne fonctionnent pas. De l'avis de cette ONG et d'autres intervenants du secteur de la santé, même des obstacles constitutionnels ne justifieraient pas qu'on renonce à l'interdiction complète.

Tous les organismes du secteur de la santé qui ont répondu demandent l'interdiction absolue de la publicité. Pour y arriver, on suggère deux approches possibles : soit exercer des pressions pour l'interdiction complète de la publicité « dans toute la mesure où le permet la constitution de chaque Partie » (bien qu'il soit difficile d'obtenir un accord là-dessus), soit inclure l'obligation générale d'interdire toute les formes directes et indirectes de publicité susceptibles a) de recruter de nouveaux usagers des produits du tabac ou de retarder ou d'empêcher le sevrage tabagique, b) d'être tendancieuses ou c) d'être dommageables de toute autre manière pour la santé publique.

Les intervenants sont tout à fait convaincus que les Parties doivent s'engager spécifiquement à interdire complètement la publicité transfrontières. Dans ce but, une ONG suggère que la formulation de l'alinéa 2 f) soit renforcée (par exemple « adopter des mesures nationales *pour interdire l'exportation du matériel publicitaire, promotionnel et de parrainage des produits du tabac et des marques de tabac*, et coopérer en vue de l'élimination progressive de la publicité transfrontières »). Une interdiction spécifique de ce type – en plus de l'engagement mentionné ci-dessus visant « l'élimination progressive » de la publicité sur Internet et dans les supports analogues – contribuerait à faire en sorte que la mise en oeuvre ne soit pas retardée par des débats sur la réciprocité. En outre, la « publicité transfrontières » devrait être définie spécifiquement à un autre endroit dans le texte, sous peine qu'on fasse valoir que la disposition ne s'applique pas à la publicité indirecte – par exemple à la publicité d'une marque internationale de cigarettes qui paraît dans les médias des États-Unis et qui paraît « indirectement » au Canada.

Comme la mise en oeuvre de l'interdiction absolue de la publicité peut exiger du temps, les organismes du secteur de la santé proposent la mise en oeuvre des mesures des alinéas 2. b) à e) – soit la divulgation publique des dépenses de l'industrie consacrées à la publicité et à la promotion; l'interdiction de la publicité fallacieuse, tendancieuse ou trompeuse; l'interdiction de la distribution gratuite des produits du tabac et des mesures de promotion par incitations – sur une base provisoire. Un représentant de l'industrie du cigare estime qu'en raison de l'avance qu'a le Canada dans la sphère des mesures touchant la publicité, il sera difficile aux pays en développement de combler rapidement l'écart, mais il ne propose pas de mesures pour une quelconque période de transition.

S'agissant du paragraphe G.4, un organisme du secteur de la santé fait remarquer que les Protocoles pourraient ne pas être nécessaires si les dispositions pertinentes sont incluses dans la Convention.

Néanmoins, on estime généralement que la Convention devrait comporter une disposition habilitante générale autorisant les Parties à adopter des Protocoles.

Article H. Mesures visant à réduire la demande de tabac en rapport avec la dépendance et le sevrage tabagique

Les associations des professionnels de la santé appuient l'intention de cet article. Cependant, l'une d'elles a le sentiment que l'article comporte trop de détails, et recommande de l'élargir et de l'intégrer aux *Obligations générales*. Cette association reconnaît que les activités visant le sevrage tabagique forment une partie importante d'une stratégie nationale globale, mais souligne que la prévention demeure l'objectif le plus important. Dans une veine similaire, un autre groupe suggère une modification du paragraphe H.1 pour que l'objectif du sevrage tabagique ait nettement préséance sur celui du traitement de la dépendance (terme qu'un représentant d'une ONG du secteur de la santé recommande de remplacer par « toxicomanie »).

Il est également recommandé d'intégrer une déclaration d'intention au sujet de la coopération internationale sur le caractère abordable des produits pharmaceutiques contre le tabagisme. On reconnaît qu'il s'agit d'une question complexe, qui devrait être définie en termes larges – par exemple : « La Conférence des Parties examine les mécanismes permettant de promouvoir l'accessibilité du traitement de la dépendance à un coût abordable dans les pays en développement. »

Article I. Mesures concernant l'offre de tabac

Commerce illicite de produits du tabac

Les groupes du secteur de la santé font consensus sur l'importance d'éliminer la contrebande. À leur avis, l'élimination du régime d'exemption de taxes et de droits pour les produits du tabac (ou, à tout le moins, pour les cigarettes) est cruciale dans la lutte contre ce problème, étant donné que les cigarettes non taxées sont la principale source d'approvisionnement du marché noir. Mais la seule interdiction de la *vente* en franchise des produits du tabac n'est pas suffisante : à moins que tous les produits du tabac et cigarettes, sans égard à leur destination, soient taxés au point de fabrication, un fabricant d'un pays signataire pourrait exporter des cigarettes exemptes de taxes vers une filiale d'un pays non signataire et les produits pourraient refaire surface sur le marché noir (dans le pays d'origine ou dans un autre pays signataire). Il est aussi recommandé d'adopter une disposition demandant aux Parties de coopérer avec les organismes douaniers – aux plans national et international – dans la lutte contre le commerce illicite.

Les intervenants du secteur de la santé considèrent que le principe de la chaîne de possession est essentiel pour la lutte contre la contrebande. Les fabricants de cigarettes (et d'autres maillons du réseau de distribution) devraient être tenus légalement responsables de veiller à ce que leurs produits ne pénètrent pas dans des circuits illicites et devraient cesser de traiter avec toute partie qui approvisionne le marché noir directement ou indirectement.[18] Le texte devrait clairement interdire à un pays de se servir d'un autre pays comme plate-forme de contrebande.

Parallèlement, les intervenants du secteur de la santé demandent que toutes les prescriptions légales relatives à l'étiquetage du pays de destination soient respectées avant que les produits du tabac quittent l'usine, et que tous les conditionnements de produits du tabac circulant dans le commerce international portent des renseignements normalisés et codés, par exemple des inscriptions indiquant que la marchandise est libérée de taxes.

Tout en donnant dans l'ensemble son appui aux mesures proposées pour l'élimination du commerce illicite de produits du tabac, un représentant de l'industrie (du cigare) signale que certaines modifications des dispositions sur l'étiquetage seraient nécessaires dans le cas des cigares. Par exemple, les cigares se bonifient souvent avec l'âge, ce qui rend les dates de péremption non appropriées, et les cigares faits à la main ne portent pas de numéros de lot du produit.

Une ONG décrit la contrefaçon (piratage de marque) comme un phénomène marginal qui ne devrait pas détourner l'attention de la contrebande du produit original, le véritable problème. Reflétant l'opinion du secteur de la santé selon laquelle la santé devrait être le coeur de la CCLAT, elle affirme que les questions de protection des marques de commerce devraient être laissées à d'autres négociations et instruments internationaux.

Faisant écho à leur recommandations précédentes voulant que la santé publique ait préséance sur le commerce dans les accords internationaux, deux organismes du secteur de la santé remettent en question la nécessité du paragraphe I.2.[19]

---

[18] On pourrait s'inspirer du Protocole de Bâle sur la responsabilité et l'indemnisation en cas de dommages résultant de mouvements transfrontières et de l'élimination de déchets dangereux.

[19] Ce paragraphe prévoit que les mesures à prendre contre le commerce illicite de produits du tabac doivent être transparentes, non discriminatoires et appliquées conformément aux obligations internationales.

Élimination de la vente aux jeunes et par les jeunes

Tout en convenant que toute stratégie globale devrait mettre l'accent sur la prévention du tabagisme chez les jeunes et dans d'autres groupes à risque élevé, les intervenants du secteur de la santé ne s'entendent pas sur les approches à prendre, compte tenu des difficultés pratiques d'application dans certains pays.

Un organisme déclare que les pays devraient être tenus d'adopter et de faire appliquer rigoureusement les réglementations interdisant la vente de tabac aux personnes mineures, et prévoir de fortes amendes pour les contrevenants. Un autre critique l'ensemble du sous-article (les paragraphes 8 à 11) comme étant extrêmement faible et ne comportant rien d'autre qu'une mise en valeur des restrictions applicables « aux personnes âgées de moins de 18 ans », qui ne fonctionnent pas. Tout en indiquant que les activités de prévention du tabagisme chez les jeunes sont un élément important d'une stratégie nationale globale, l'organisme conclut que, dans un traité international, il ne serait pas faisable d'inclure quelque disposition que ce soit allant au-delà d'une obligation générale imposant aux pays de mettre en oeuvre des programmes et des stratégies de prévention s'adressant aux jeunes. Compte tenu de la diversité de la culture des jeunes dans le monde, il serait irréaliste de chercher à préciser un contenu, ce qui pourrait entraîner des malentendus sur les mesures qui fonctionnent, surtout dans les pays qui n'ont pas de politiques globales de lutte antitabac et qui pourraient chercher un modèle à suivre.

Un autre groupe s'interroge, compte tenu des faibles budgets disponibles pour la lutte antitabac, sur l'utilité de dépenser de l'argent pour faire respecter l'interdiction de la vente aux personnes mineures. Il faudrait que la conformité à la réglementation soit extrêmement élevée pour qu'elle ait un effet sur le tabagisme des jeunes. De plus, l'attention du public serait dirigée vers les actes de détaillants isolés plutôt que vers l'ensemble de l'environnement social. Deux organismes estiment que la disposition touchant la preuve d'âge serait inapplicable dans de nombreux pays, de même que l'interdiction de la vente de cigarettes par des adolescents dans les pays dotés de larges secteurs informels. L'un d'eux propose d'élargir le texte pour inclure non seulement les personnes mineures, mais aussi les consommateurs (particulièrement ceux des nouveaux marchés) qui n'ont pas accès à une information adéquate sur la santé.

Un groupe adopte une approche différente. Il estime que, comme les mesures dissuasives produisent leurs meilleurs effets lorsque la possibilité d'être pris est grande, la CCLAT devrait affirmer clairement que les mesures d'application seront rigoureuses et qu'on y affectera les ressources suffisantes. Les détaillants et les jeunes ont besoin d'entendre des messages publics répétés avec cohérence sur l'interdiction de la vente au détail aux jeunes et de savoir que la menace de l'application de la réglementation est réelle. Cette approche découragerait les détaillants de vendre du tabac aux personnes mineures et, comme il deviendrait plus difficile pour les jeunes d'obtenir du tabac de sources au détail licites, les dissuaderait d'en consommer. Ce groupe concède toutefois qu'une application rigoureuse pourrait stimuler le commerce illicite.

Octroi de licences

Deux intervenants du secteur de la santé ont communiqué des observations sur ces dispositions. Ils préconisent un système d'octroi de licences qui embrasse tous les niveaux de production et de distribution du tabac, mais l'un d'eux reconnaît que cette mesure pourrait ne pas être efficiente au niveau du détail et il suggère de formuler un principe selon lequel « tout ce qui n'est pas expressément autorisé est interdit. »

Appui officiel à la culture du tabac et à la fabrication de produits du tabac

Deux organismes – représentant respectivement les travailleurs et les cultivateurs de tabac – formulent des observations sur cet article, exprimant tous les deux leur malaise. Le syndicat reconnaît à la fois les dommages à la santé causés par les produits du tabac et le fait que ces produits sont toujours des substances licites dont le commerce est autorisé par les pouvoirs publics. Il demande à ces derniers d'affecter les recettes provenant du tabac à aider les travailleurs de cette industrie à passer à d'autres emplois syndiqués à plein temps, bien rémunérés. Le syndicat veut que la CCLAT prenne en compte le bien-être des travailleurs. Selon lui, 25 000 travailleurs (de l'agriculture, de la fabrication, de l'imprimerie et du transport) seraient touchés au Canada.

L'organisme représentant les cultivateurs de tabac indique que la production de cultures de substitution n'est que l'une des moitiés de l'équation. Le véritable défi est celui de la commercialisation efficace de ces cultures de substitution, vu que le marché des produits agricoles est soit submergé, soit approvisionné par des produits importés vendus à des prix inférieurs (voir le développement du point D. *Principes directeurs*).

Articles J à R

Un organisme du secteur de la santé estime qu'un grand nombre des obligations mentionnées aux articles J à R sont énoncées de manière ambiguë et se prêtent à de multiples interprétations. Il est important, dans un traité international, de définir clairement les obligations qui sont spécifiques et de veiller à ce que leur formulation soit sans équivoque.

Article J. Indemnisation et responsabilité

Un groupe du secteur de la santé se prononce sur la question de l'indemnisation et de la responsabilité.[20] Il fait référence aux pratiques non éthiques des fabricants de tabac, comme leur dénégation des propriétés nocives de leurs produits et leur participation à la contrebande transfrontières. Le groupe recommande d'intégrer des dispositions rigoureuses pour rendre l'industrie responsable de ses actes. De manière spécifique, il demande une enquête sur les pratiques de l'industrie et de rendre les fabricants de tabac responsables en justice des coûts des services de santé qui sont imputables à la consommation de leurs produits.

Section K. Surveillance, recherche et échange d'information

Un groupe de recherche sur la lutte antitabac se montre favorable à l'inclusion de cet article, tout en faisant valoir la nécessité de disposer de méthodes normalisées de surveillance de la consommation de tabac et de la morbidité/mortalité qui y sont associées. Cette position est reprise par une ONG qui demande que les partenaires de la lutte antitabac coopèrent en vue de créer des indicateurs normalisés pour la lutte antitabac qui comprendraient des informations générales sur le commerce du tabac et des statistiques sur l'industrie.

La compilation de données à la fois sur les impacts économiques et sur les politiques de lutte antitabac est jugée souhaitable, du fait qu'une évaluation rigoureuse est un élément pouvant aider à établir les meilleures pratiques. On estime que la surveillance devrait porter non seulement sur les indicateurs sanitaires, mais aussi sur les indicateurs qui intègrent les conséquences socio-économiques du tabac et les effets des interventions (par exemple programmes de sevrage tabagique et politiques fiscales).

---

[20] Cet article n'a pas encore fait l'objet d'un projet de texte. Un groupe de juristes réuni par l'OMS a soumis à l'organe intergouvernemental de négociation une rapport sur la nature et l'étendue d'une responsabilité éventuelle et des dispositions relatives à l'indemnisation.

Disposant d'un ensemble commun d'indicateurs axés sur les résultats, les pays seraient en mesure d'évaluer régulièrement leurs propres progrès relativement à la mise en oeuvre de la Convention.

Les organismes du secteur de la santé font observer, au sujet de l'article P : *Notification et mise en oeuvre*, qu'obliger les Parties à faire rapport sur les conséquences économiques, sociales et autres des stratégies adoptées, et sur l'efficacité des mesures prises, serait trop exigeant pour la plupart des pays en développement et ne ferait que dévier la CCLAT de sa priorité sur la santé. (Voir l'article P : *Notification et mise en oeuvre*).

Une ONG suggère de placer les dispositions sur l'échange d'informations (K.3) à l'article L : *Coopération scientifique, technique et juridique*.

Article L. Coopération scientifique, technique et juridique

Le groupe de recherche sur la lutte antitabac appuie la présence de cet article, mais propose que l'assistance technique aux pays comprenne aussi la fourniture d'une aide visant à permettre que les résultats de la recherche se traduisent par des recommandations d'action gouvernementale (par exemple élaboration de notes de synthèse ou interactions avec les organisations non gouvernementales et/ou les groupes de défense des intérêts).

Article M. Conférence des Parties

La seule observation sur cet article vient d'une ONG du secteur de la santé, qui suggère de remplacer le mot « harmonisation » à l'alinéa 4 e) par « adoption ». Cette observation est en conformité avec la position prise par un certain nombre de groupes à l'égard de l'usage du terme « harmonisation » dans l'ensemble du texte, la grande inquiétude étant que l'emploi du terme ouvre la porte à un affaiblissement des stratégies, politiques, législations, etc. et à une perte d'innovation.

Article P. Notification et mise en oeuvre

Divers intervenants du secteur de la santé sont d'avis que l'article doit être retravaillé et amélioré dans les détails. Deux intervenants s'opposent aux alinéas P.1 c) et d), qui prescrivent aux Parties de soumettre des informations sur les conséquences sociales, économiques et autres des diverses stratégies adoptées pour la mise en oeuvre de la Convention et sur l'efficacité des mesures prises. Ils estiment que ces exigences grèveraient trop lourdement les ressources de la plupart des pays en développement. En

outre, elles risqueraient de dévier l'attention des questions de santé vers les questions économiques, alors qu'il est essentiel que l'accent de la CCLAT reste mis sur les effets du tabagisme sur la santé.

Une ONG fait remarquer que les informations utiles visées à l'alinéa 1 e) peuvent être recueillies au titre de l'alinéa 1 a). Si l'on maintient l'alinéa 1 e), on pourrait l'interpréter comme obligeant les pays à notifier *à l'avance* à la Conférence des Parties toute mesure envisagée de lutte antitabac (notamment une hausse de taxe imminente). Une disposition supplémentaire est suggérée, qui demanderait aux pays de faire la collecte et la présentation des informations sur les tendances du tabagisme. Ces données, pense-t-on, seraient relativement peu coûteuses à suivre.

Les dispositions de mise en oeuvre sont jugées inadéquates par deux organismes du secteur de la santé, qui recommandent que les pays soient spécifiquement tenus de publier leurs rapports. En outre, un organe désigné devrait être mandaté pour évaluer, aux quatre ans au minimum, la conformité des Parties à la Convention et à ses Protocoles et pour signaler publiquement tout manquement aux obligations.

Un groupe de promotion de la santé juge nécessaire d'intégrer un mécanisme permettant aux parties privées de déposer des plaintes pour manquement aux obligations. Cette ONG estime que les plaintes à l'égard d'un pays pour manquement aux obligations proviendront plus vraisemblablement d'organisations non gouvernementales que d'autres pays. (Voir également l'article R : *Règlement des différends*).

Cette ONG se montre surprise que la seule assistance spécifique offerte aux pays en développement soit un appui technique pour faire rapport à la Conférence des Parties, obligation qui n'est vraisemblablement la priorité la plus urgente d'aucun pays. Elle recommande de supprimer la disposition en cause et d'utiliser des formulations plus spécifiques dans les dispositions sur les ressources financières en général et sur le transfert de technologie (voir l'article Q : *Ressources financières*).

Article Q. Ressources financières

Selon un groupe, la négociation d'un mécanisme de financement efficace devrait être l'une des grandes priorités du Canada dans les débats relatifs à la CCLAT. Cet intervenant se demande si les pays donneraient leur accord à des engagements potentiellement coûteux seulement sur la foi d'une promesse de fonds si les pays riches décident de consentir des fonds à la Conférence des Parties. Une association de professionnels de la santé fait mention des programmes rigoureux, bien financés dont on estime qu'ils ont donné de bons résultats pour réduire les taux de tabagisme en Californie et en Floride, et elle demande la mise en oeuvre de programmes semblables dans le monde. À son avis, un engagement soutenu et important de ressources serait nécessaire, mais il en vaudrait la peine.

Selon les suggestions, trois mécanismes sont possibles. Un association des professionnels de la santé recommande que tous les gouvernements s'engagent à assurer un financement stable pour des stratégies globales de lutte antitabac par la voie des recettes fiscales sur le tabac (y compris des prélèvements spéciaux sur les produits du tabac). Une ONG préconise d'inciter les pays à récupérer les coûts de mise en oeuvre auprès de l'industrie du tabac. Un autre groupe penche plutôt pour l'imposition d'une taxe internationale obligatoire sur l'importation et l'exportation des produits du tabac, qui serait administrée par la Conférence des Parties. Cette mesure inciterait fortement les pays à assurer l'efficacité des mesures de lutte contre la contrebande. Autre option, les Parties pourraient verser une contribution selon une formule de financement fondée sur les éléments suivants : 1) le PIB par habitant; 2) la consommation nationale de produits du tabac; 3) les exportations de produits du tabac.

Article R. Règlement des différends

Un groupe, reprenant son observation antérieure selon laquelle ce sont vraisemblablement les ONG plus que les Parties elles-mêmes qui vont relever les cas de manquements, particulièrement eu égard aux obligations nationales, propose d'inclure à l'article une disposition autorisant les parties privées à déposer des plaintes.

Annexe A : Liste des intervenants

1. La Société d'Arthrite
2. Société canadienne du cancer
3. Association des infirmières et infirmiers du Canada
4. Association médicale du Canada
5. European Cigar Manufacturers Association
6. Frontier Duty Free Association
7. Havana House Cigar & Tobacco Merchants Ltd.
8. Fondation des maladies du coeur du Canada
9. Imperial Tobacco Canada Limitée
10. JTI-Macdonald Corporation
11. Institut national du cancer du Canada
12. Association pour les droits des non-fumeurs
13. Ontario Flue-Cured Tobacco Marketing Board
14. Médecins pour un Canada sans fumée
15. Prince Eddy of Prince Edward Island, Inc.
16. Affections du sommeil/éveil Canada
17. Van Nelle Limited
18. La voix des jeunes
19. Syndicat canadien des communications, de l'énergie et du papier
20. Recherche pour la lutte mondiale contre le tabac, Centre de recherches pour le développement international
21. Conseil canadien pour le contrôle du tabac